

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

LE VENDREDI 4 NOVEMBRE 1898, à 1 heure

PAR CALIXTE-ALPHONSE DAMIEN MASSON

Né à Saint-Anicet (Canada), le 8 Décembre 1870

Ancien Moniteur d'Ophtalmologie à la Faculté libre de Lille

Membre de la Société Anatomo-Clinique de Lille

ETUDE

DES

COMPLICATIONS VÉSICALES

DANS L'APPENDICITE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. FOURNIER, Professeur.

LANCEREAUX et POIRIER, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

REIMS

IMPRIMERIE E. BUGG — A. GOBERT, SUCCESEUR

Rue Robert-de-Coucy, 4

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

LE VENDREDI 4 NOVEMBRE 1898, à 1 heure

PAR CALIXTE-ALPHONSE DAMIEN MASSON

Né à Saint-Anicet (Canada), le 8 Décembre 1870

Ancien Moniteur d'Ophtalmologie à la Faculté libre de Lille

Membre de la Société Anatomo-Clinique de Lille

ETUDE

DES

COMPLICATIONS VÉSICALES

DANS L'APPENDICITE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. FOURNIER, Professeur.

LANCEREAUX et POIRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.



REIMS

IMPRIMERIE E. BUGG — A. GOBERT, SUCCESSEUR

Rue Robert-de-Coucy, 4

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BLANCHARD.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		HUTINEL.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		POTAIN.
Maladie des enfants.....		JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		HAYEM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....		JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.....		FOURNIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		RAYMOND.
Clinique d'accouchement.....		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	LANGLOIS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	LEJARS.	SAUNOIS.
BAR.	LEGUEU.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LEPAGE.	TEISSIER.
A. BROCA.	LETULLE.	THIERRY.
BROCA.	MARFAN.	THIROLOIX.
CHARRIN.	MARIE.	THOINOT.
CHASSEVANT.	MAUCLAIRE.	TUFFIER.
DELBEI.	MENETRIER.	VAQUEZ.
DESGREZ.	MÉRY.	VARNIER.
DUPRÉ.	NELATON.	WALLICK.
FAURE.	NETTER.	WALTHER.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WEISS.
GILBERT.	travaux anatomi-	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	WURTZ.
GLEY.	RETTÉTER.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DURET

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté libre
de Médecine de Lille*

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Membre correspondant de la Société de Chirurgie

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUJARDIN

*Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté libre
de Médecine de Lille*

*A TOUS MES AUTRES MAÎTRES DE LA
FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

DES
COMPLICATIONS VÉSICALES
DANS L'APPENDICITE

INTRODUCTION

Etant donnée la grande importance qu'a prise l'appendicite dans la littérature médicale depuis un certain nombre d'années, l'étudiant, à l'exemple de ses Maîtres, se sent naturellement porté vers tout ce qui s'y rattache soit de près, soit de loin.

C'est ainsi qu'en 1896 nous nous sommes intéressé plus particulièrement à l'étude d'une complication rare de cette affection, dont il nous était permis d'observer un cas remarquable dans le service de Monsieur le professeur DURET ; il s'agissait d'un malade dont l'abcès appendiculaire était allé s'ouvrir dans la vessie.

Nous avons poursuivi nos recherches de ce côté et, sur les conseils de notre Maître, nous avons fait davantage, en nous efforçant de recueillir toutes les observations de lésions vésicales survenues à la suite d'appendicite, et en les groupant dans un travail d'ensemble pour notre thèse inaugurale.

Nous serons heureux, si nous avons pu, en rassemblant les faits épars dans la science, rendre quelque service aux cliniciens que cette question intéresse.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'adresser de tout cœur un salut à la France. Pendant nos sept années de séjour sur la terre de nos ancêtres, notre qualité de Canadien nous a valu de toutes parts le plus bienveillant accueil, et nous ne répondrions pas à des sentiments intimes, si nous ne profitions de l'occasion pour affirmer une nouvelle fois notre fidèle attachement à celle que, avec tous nos compatriotes, nous considérons toujours comme notre mère-patrie.

A l'Université catholique de Lille, tout particulièrement, les professeurs et les élèves nous ont donné des marques de profonde sympathie que nous ne pourrions jamais oublier.

Parmi nos Maîtres, plusieurs ont des titres spéciaux à notre reconnaissance. Nous mentionnerons Monsieur DURET, qui nous a inspiré ce travail et dont les judicieux conseils ne nous ont jamais fait défaut pendant le cours de nos études médi-

cales ; Monsieur DUJARDIN, à l'intéressante clinique duquel nous avons été attaché comme moniteur ; Messieurs AUGIER, DESPLATS, EUSTACHE, GUERMONPREZ, ROGIE et VOITURIEZ qui nous ont sans cesse, eux aussi, témoigné la plus grande sollicitude.

Monsieur le professeur TILLAX nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre profond respect et de notre vive gratitude.

CHAPITRE I^{er}

HISTORIQUE — COMPLICATIONS DE L'APPENDICITE

L'appendicite n'est connue que depuis un petit nombre d'années. « Jusqu'en 1888, la typhlite régnait en souveraine.... Cette soi-disant typhlite se terminait habituellement par résolution, mais elle pouvait, disait-on, aboutir à l'ulcération, à la perforation du cœcum, et déterminer la péri-typhlite, la péritonite, le phlegmon iliaque » (1).

C'est à ce dernier mode de terminaison, à l'abcès iliaque fusant dans le bassin, qu'on rapportait les complications dont nous avons à nous occuper. Quatre de nos observations, comme nous le verrons, remontent même à des dates antérieures à

(1) Dieulafoy. — *Manuel de Pathologie interne*, tome III, page 302. 1897.

l'important mémoire de Reginald Fitz (1), démontrant, avec nombreuses preuves à l'appui, que les accidents, qu'on avait mis sur le compte des typhlites et des pérityphlites, devaient être attribués presque totalement à l'inflammation de l'appendice vermiculaire.

Depuis dix ans, les travaux sur cette question se sont multipliés ; chirurgiens et médecins, tous s'y sont intéressés et nombreuses furent les discussions à son sujet dans les sociétés savantes (2). Une communication en appelait une autre, chacun s'évertuant à développer un point resté jusque là dans l'ombre. En France, plus spécialement, les noms de Talamon, Dieulafoy, Duret, Le Dentu, Reclus, Brun, Routier, Tuffier, Quénu, Schwartz, Nélaton, Pozzi, Poncet, Jalaguier, doivent être cités comme ayant puissamment contribué à l'édification de l'appendicite.

Les complications de cette fréquente affection ont été, pour la plupart, décrites très complètement ; les suppurations appendiculaires, surtout, ont attiré l'attention.

Gerster (3), en 1890, nous donne une belle division

(1) Reginald Fitz. — *Boston med. and surg. journal*. May 1888.

(2) Académie de Médecine. 1896.
Société de chirurgie. 1895.

(3) Gerster. *The Boston med. and surgical journal*. 1888.

des diverses localisations des collections purulentes, mais il ne s'arrête qu'aux abcès juxta-appendiculaires de siège anormal.

En 1896, Piard soutient sa thèse de doctorat sur les abcès à distance dans l'appendicite, qu'il partage en suppurations diffusées et en suppurations métastatiques. Les unes sont voisines de l'appendice sans lui être contiguës ; on trouve entre elles et l'appendice des traînées d'adhérences ; ainsi se présentent les phlegmons iliaques à distance, les abcès de la paroi abdominale, les abcès péritonéaux éloignés. Ils résultent du transport de l'infection à distance par l'intermédiaire des lymphatiques nouvellement développés au niveau des adhérences anormales. Les autres, les abcès éloignés, les suppurations viscérales, résultent du transport par la voie veineuse ou lymphatique des éléments microbiens puisés par ces vaisseaux au foyer primitif de l'infection, réalisant une septicémie locale ou générale (Piard) (1). L'auteur s'attache principalement à la pathogénie de ces abcès ; il ne signale qu'en passant les lésions viscérales consécutives.

Avant lui, Achard (2) et Berthelin (3) avaient étudié les complications hépatiques dans l'appendicite, et avaient insisté sur leur fréquence.

(1) Piard. — Thèse de Paris. 1896.

(2) Achard. — Soc. méd. des hôpitaux. 1894.

(3) Berthelin, — Th. de Paris. 1895.

Les pleurésies purulentes d'origine appendiculaire ne sont pas rares également, Wolbrect les mentionne dans 38 pour 100 des cas, et Koerte (1) 4 fois sur 24 cas.

« On a aussi observé des abcès dans le poumon (Legg), dans le cerveau (Mac Lellan, Roux), dans la parotide (Achard, Routier, Vaussy, Roux), dans le rein (Wallès), dans la rate (Oppenheimer). L'endocardite a été signalée par Schwartz, Tuffier, Achard » (2).

Mais parmi toutes les complications, celles qui ont pour siège la cavité pelvienne et les organes y contenus entrent pour une large part dans le chapitre de l'appendicite.

Dormoy, dans un remarquable travail (3), traite des collections purulentes du petit bassin à la suite d'appendicites. — Après Jalaguier (4), Routier (5) et Tuffier (6), il recommande fortement de faire les touchers rectal et vaginal toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une appendicite suppurée, tellement l'abcès pelvien se rencontrerait souvent. Il rapporte plusieurs observations de suppurations situées entre le rectum et la vessie, mais il ne dit

(1) Koerte, Klin. Woch. 1891, nos 26 et 27.

(2) Legueu. — *De l'appendicite*. 1897.

(3) Thèse de Lyon. 1897.

(4) *Traité de chirurgie*.

(5) et (6) Société de chirurgie. 1895.

rien ou presque rien de leur retentissement sur ces organes.

D'autre part, les gynécologues ne sont pas restés inactifs; plusieurs se sont appliqués à démontrer l'influence que peut avoir l'inflammation de l'appendice cœcal sur les organes génitaux de la femme. Pozzi (1), le premier, attira l'attention de la Société de chirurgie sur la fréquence des adhérences de l'appendice aux annexes droites. Terrier (2), Baldwin (3), Coe (4), Delagenière (5), Treub (6), Bouilly (7) sont venus dans la suite, avec un apport considérable d'observations d'annexites d'origine appendiculaire. Tous ces faits sont synthétisés d'une façon parfaite dans la thèse de Barnsby (8). Celui-ci rapporte en outre deux cas d'appendicite accolée à l'utérus, sans lésion concomitante des annexes.

Les auteurs parlent encore de la possibilité de l'ouverture de la poche purulente dans le vagin, mais les faits observés ne sont pas communs. Le professeur Tillaux en aurait eu un exemple; il y fait ainsi allusion dans une clinique sur l'appen-

(1) Pozzi. — 1888 et 1890, Société de chirurgie.

(2) Terrier. — Société de chirurgie 29 oct. 1890.

(3) Baldwin. — *Brooklyn med. journal*. 1891.

(4) Coe. n. y. polyclinies, 1894

(5) Delagenière. — Congrès de chirurgie. 1897.

(6) Treub. — *Revue de gynécologie*. Mars-Avril 1897.

(7) Bouilly. — *Semaine gynécologique*, Oct. 1897.

(8) Barnsby. — Thèse de Paris, Avril 1898.

dicite : « Dans un cas récent où je fus appelé, dit-il, je m'abstins d'intervenir ; plusieurs mois après il s'ouvrit un abcès dans le vagin » (1). Vers la même époque Marchand communique à la Société de Chirurgie un autre cas d'appendicite, dans lequel il se fit « par le vagin une évacuation de pus considérable » (2).

Deux allemands, Jackle (3) et Nichl (4), ont décrit les accidents du rectum pouvant résulter de l'inflammation de l'appendice cœcal. Esnault (5) en cite aussi des observations dans son travail sur l'appendicite pelvienne.

Des troubles vésicaux variables dans leur nature et dans leur gravité peuvent aussi survenir au cours de l'appendicite. Il en a été publié pendant ces dernières années un certain nombre de cas isolés et que nous rapportons pour la plupart. A part la thèse récente de Vladoff sur les abcès appendiculaires ouverts dans la vessie (6), le sujet qui nous occupe n'a encore été l'objet d'aucune étude d'ensemble,

Dans ce travail, nous nous appliquerons à ana-

(1) Tillaux — *Leçons de clinique chirurgicale*, rédigées et publiées par le Dr Thiéry, 1895.

(2) Société de chirurgie, 1895.

(2) Th. de Marburg, 1888.

(4) Th. de Munich, 1892.

(5) Th. de Paris, 1897.

(6) Vladoff. Thèse de Lyon, 1898.

lyser les différentes complications vésicales qui peuvent résulter de l'inflammation du processus vermiciforme.

Pour rendre la description plus facile, nous étudierons successivement les points suivants :

1° Rapports de l'appendice et du réservoir urinaire.

2° Lésions observées dans la vessie à la suite de l'inflammation de l'appendice vermiculaire.

3° Symptômes vésicaux dans les appendicites.

4° Diagnostic et pronostic.

5° Traitement.

CHAPITRE II

Des Rapports de l'Appendice et du Réservoir urinaire

L'appendice cœcal et le réservoir urinaire sont deux organes absolument indépendants au point de vue anatomique, mais, par suite de certaines conditions de développement ou de pathologie, ils peuvent arriver au contact, et partant, lorsqu'ils sont lésés, retentir l'un sur l'autre.

Dans ce chapitre nous étudierons leurs rapports normaux et anormaux, distinguant ceux-ci en ectopiques et en pathologiques.

A) Nous pouvons considérer la vessie comme occupant une situation relativement fixe. Etant donnés ses états alternatifs de vacuité et de réplétion elle se meut, il est vrai, incessamment, mais sans dépasser normalement un certain rayon.

Elle est située dans l'excavation pelvienne immédiatement en arrière des pubis. D'après quelques auteurs, sa portion supérieure occuperait, pendant

la vie fœtale, la cavité abdominale, mais chez l'adulte, son propre poids aidant, elle se dissimulerait tout entière derrière la symphyse.

Elle possède de nombreux moyens de fixité qui l'immobilisent dans la cavité pelvienne. On l'a vue cependant, quoique dans des cas fort rares, remonter dans la fosse iliaque et faire hernie soit à travers le canal inguinal (1), soit à travers l'anneau crural.

Dans les observations que nous avons recueillies, nous ne trouvons aucun exemple de modification dans ses rapports habituels ; toujours c'était l'appendice qui venait au devant de la vessie, jamais ce dernier organe quittant sa position normale pour rencontrer le premier.

B) Pour bien comprendre les diverses ectopies de l'appendice vermiculaire, il est utile, croyons-nous, de parler préalablement du cœcum, dont il partage forcément les migrations.

Le cœcum, portion initiale du gros intestin, est situé dans la fosse iliaque droite, qu'il remplit presque entièrement ; c'est sa situation habituelle ou *iliaque moyenne*. Mais, très souvent, il occupe un siège différent. Tantôt, en effet, on le trouve en situation *haute*, lombaire, prérénale ou sous-hépatique ; tantôt encore derrière l'ombilic, *au-dessus de la symphyse pubienne*, ou dans la fosse iliaque gauche ; tantôt enfin en situation *basse*, auquel

(1) Tillaux. — *Anatomie topographie*. 7^e édition, page 777.

cas il plonge dans l'excavation, se plaçant dans la cavité de Douglas entre la *vessie*, le côlon pelvien et l'ampoule rectale chez l'homme, derrière ou à droite de l'utérus chez la femme ; il peut même toucher la partie gauche du petit bassin. D'autres fois, moins profond, il est en contact avec le ligament large ou le fond de l'utérus chez la femme et avec la partie supérieure de la vessie.

Toutes ces anomalies qui ont paru extraordinaires, tout d'abord, sont aujourd'hui très bien expliquées par l'étude du développement. Situé dans les parties déclives de la cavité abdominale, à gauche de la ligne médiane, chez l'embryon, le cœcum est porté ensuite, successivement derrière l'ombilic, sous le foie, devant le rein droit, pour descendre un peu plus tard dans la fosse iliaque droite, qui est ordinairement sa dernière étape. Mais il peut s'arrêter en route, comme il peut aussi dépasser le but et plonger dans la cavité pelvienne. Sa migration, quel qu'en soit le degré, est généralement accomplie dans les premières années de la naissance ; on peut dire qu'il occupe alors sa situation définitive.

D'après les ouvrages (1) que nous avons con-

(1) Treves. — *British medical journal*. 1885.

Tuffier. — *Arch. générales de médecine*. 1887.

Fromont. — Thèse de Lille. 1890.

Rogie. — *Journal des sciences médicales*, de Lille, 1891.

Legueu. — Société anatomique. 1892.

Jonnesco. — *Traité d'anatomie de Poirier*. 1895.

sultés, le cœcum aurait été rencontré en moyenne vingt fois sur cent dans le petit bassin, ou à son entrée.

Il va sans dire que l'appendice, qui lui est intimement uni, l'accompagne dans tous ses déplacements. Mais il occupe par rapport au cœcum une situation variable ; il est interne ou externe, antérieur ou postérieur, ascendant ou descendant. Il est évident que, d'après son siège et sa direction, il est susceptible d'acquérir des rapports divers avec des organes éloignés, lesquels rapports seraient facilités par une anomalie de position de la portion initiale du gros intestin. Par exemple, le cœcum étant à sa place considérée comme normale, un appendice, de longueur moyenne, à type descendant, dépasse alors plus ou moins le bord du détroit supérieur ; un degré de plus et il plonge dans le pelvis, son extrémité inférieure vient se mettre en contact, soit avec les organes génitaux de la femme, soit avec le rectum, soit encore avec le réservoir urinaire.

Cette situation pelvienne de l'appendice est assez fréquente. Fergusson (1) l'a trouvé sur deux cent un cadavres onze fois descendant vers le bassin. Les chiffres de Lafforgue (2) donnent une moyenne de vingt pour cent. Les recherches de Bérard (3)

(1) Fergusson. — *American journal méd. sciences*. 1881.

(2) Lafforgue. — *Journal international d'anatomie*. 1893.

(3) Bérard. — Thèse de Dormaz. Lyon, 1897.

et de Barnsby (1) nous conduisent à une moyenne encore plus élevée : suivant l'un, le processus vermiforme pénétrait dans le bassin vingt-neuf fois sur quatre-vingt-six cas ; suivant l'autre, sur cent six autopsies, il plongeait trente-cinq fois dans l'excavation, ayant des rapports variés avec les annexes, l'utérus, la vessie et le rectum.

Il y a aussi d'autres situations de l'appendice, plus rares, mais pouvant également intéresser le réservoir urinaire. Ainsi on l'a trouvé quelquefois dans la région hypogastrique, au-dessus de la symphyse ; il peut alors, par son inflammation, concourir à la formation d'un phlegmon prévésical qui retentit, le plus généralement, sur l'organe dont nous avons à étudier les accidents.

En parcourant nos observations, nous voyons qu'il s'est agi de déplacements exclusifs du processus vermiforme, le cœcum restant à peu près en place. L'opération ou l'autopsie permirent de le localiser exactement treize fois, dont six dans le petit bassin et deux dans la région sous-ombilicale ; les autres fois il occupait son siège habituel.

Point n'est besoin d'ajouter en terminant ce chapitre que l'appendice enflammé, tout en ne quittant pas la fosse iliaque et même en dehors des phénomènes de péritonite généralisée, peut agir sur le réservoir urinaire. Nous ne sommes

(1) Barnsby. — Société anatomique. 1898.

pas sans connaître les abcès à distance dans l'appendice ; rien ne les empêche de venir se former au voisinage immédiat de la vessie, comme l'observation de Gerster nous en fournit un exemple.

CHAPITRE III

Des différents ordres de lésions observées dans la Vessie
à la suite de l'inflammation de l'Appendice vermiculaire

L'inflammation de l'appendice retentit à son pourtour ; comme il est toujours intra-péritonéal, c'est le péritoine qui subit le premier le contre-coup de sa réaction. Il se produit alors une *péritonite localisée*, que l'on distingue en *adhésive* et en *suppurée*. La péritonite adhésive devance ordinairement la perforation, tandis que la péritonite suppurée lui succède en général.

La suppuration est presque constante dans l'appendicite ; plusieurs auteurs la regardent même comme la règle. Le siège de l'abcès est variable ; il dépend généralement de la position de l'appendice, quoiqu'il puisse s'observer loin de lui. Que la collection purulente soit péri-appendiculaire, ou

qu'elle se forme à une certaine distance du processus vermiforme, peu importe, elle n'en agira pas moins sur les organes environnants. Supposons-la au voisinage de la vessie, quelles sont les lésions qu'elle est susceptible d'y occasionner? Dans ce chapitre, nous nous efforcerons de répondre de notre mieux à cette question, en nous basant sur les données que nous fournissent les observations recueillies.

Un des premiers stades de l'évolution du foyer appendiculaire est d'entrer en connexion avec les tissus voisins. Ici, il commencera par contracter des adhérences avec l'élément cellulaire perivésical qui s'enflammera à son tour : la *pericystite* sera constituée. C'est à elle que l'on doit attribuer les troubles de la miction dans les observations (IV, V, VI et VII) et les accidents urinaires qui ont précédé la perforation vésicale dans la plupart des autres faits rapportés, si on tient compte des lésions trouvées à l'autopsie ou pendant le cours de l'opération.

Sous l'influence du processus phlegmasique qui se continue, la vessie est irritée dans toute son épaisseur ; elle se congestionne ; de petites taches ecchymotiques (Obs. XIV) apparaissent sur sa muqueuse, et la *cystite* proprement dite se développe, favorisée qu'elle est encore par une légère stagnation d'urine, due à la gêne forcée qu'éprouve le réservoir urinaire à se rétracter.

Et cette cystite ne fera que s'accroître si, l'in-

flammation poursuivant son travail, une perforation vésicale vient à s'établir. Au contact du pus, ou quelquefois des matières fécales, la surface interne de la vessie subit de plus grandes modifications ; elle devient épaisse, comme fongueuse, on peut y voir parfois de nombreuses excroissances polypiformes, de couleur brûnâtre, à sommet exulcéré comme dans le cas de Hallé.

Parmi les observations que nous analysons, celles qui ont trait à l'ouverture de l'abcès appendiculaire dans la vessie avec *fistule* consécutive sont les plus nombreuses. En tenant compte des détails opératoires ou nécropsiques, nous voyons que l'orifice de communication était tantôt simple, tantôt double ; ses dimensions étaient variables, restreintes en règle générale, tellement minimes quelquefois qu'il ne fut pas possible de le trouver. Dans la majorité des cas, la perforation siégeait à la partie postéro-inférieure de l'organe (Obs. XII, XIII et XVI) ; deux fois elle occupait la paroi droite (Obs. I et XVII), et une fois elle était placée sur sa face antérieure (Obs. XIV).

En dehors des désordres que le pus en contact avec la muqueuse du réservoir urinaire occasionne sur elle, il contribue encore non-seulement à l'altération de l'urine, mais aussi à la formation de *calculs* vésicaux, d'autant plus qu'il contient fréquemment des débris de matières fécales dans son milieu. Le cas de Jervell est probant à cet égard : chez une jeune fille, à la suite de l'inflam-

mation du processus vermiforme, il s'était produit une fistule vésico-appendiculaire ; ses urines étaient devenues troubles et étaient manifestement mélangées à des fèces ; elle expulsait ensuite spontanément un calcul de la grosseur d'une noisette, formé de couches concentriques et contenant à son centre des pépins de fruits.

Il est également permis de croire que les neuf calculs extraits par Krackowiser (Obs. XVI) de la vessie d'un jeune homme porteur d'une fistule appendiculo-vésicale, avaient la même origine.

En résumé, de la péricystite, de la cystite, une communication fistuleuse, une production de calculs, tel est l'ensemble des lésions qu'un abcès appendiculaire au voisinage de la vessie peut engendrer dans cet organe.

Devons-nous mentionner, avant de clore ce chapitre, que le foyer d'une appendicite iliaque supprimée peut se faire jour dans les voies urinaires supérieures (bassinnet ou uretère) et que le pus s'écoulant dans le réservoir urinaire peut y déterminer de la cystite, avec formation de sable, comme la chose est arrivée chez la malade de M. Roux (Obs. VIII).

CHAPITRE IV

Symptômes vésicaux dans les Appendicites

Le tableau clinique de l'appendicite commune est bien connu : douleur généralement brusque, parfois précédée de quelques troubles digestifs vagues, localisée à la fosse iliaque droite, plus vive au point dit de M^c Burney, avec empâtement et submatité au même endroit, accompagnée de quelques signes généraux tels que langue sèche, nausées, vomissements alimentaires ou bilieux, constipation opiniâtre, pouls rapide et petit, facies grippé, etc.; voilà son type symptomatique le plus habituel décrit par tous les auteurs et sur lequel nous ne nous attarderons pas davantage,

Nous savons tous aussi que suivant les cas, d'après la marche de la maladie, d'après ses allures plus ou moins bruyantes, on distingue : 1^o l'appen-

dicite avec péritonite généralisée ; 2° l'appendicite suppurée ; 3° l'appendicite catarrhale ; 4° l'appendicite à rechutes. Ces formes diverses nous les retrouvons toutes dans les cas que nous rapportons, mais ce n'est pas là ce qui nous intéresse. Nous avons à étudier le retentissement de l'appendicite sur la vessie, voyons comment il se manifeste.

Il n'est pas nécessaire que l'inflammation agisse immédiatement, par contact direct, sur le réservoir urinaire, pour que l'on rencontre des troubles de ce côté. Comme dans toutes les affections douloureuses de l'abdomen, comme aussi dans les infections aiguës, il peut se produire de la *rétention d'urine* au cours de l'appendicite, plusieurs de nos observations en font foi. D'autre part les lésions intestinales de nature diverse sont souvent accompagnées de fréquence anormale de la miction ; c'est un phénomène réflexe sur lequel le professeur Guyon (1) a attiré l'attention et qui peut venir également se ranger parmi les complications d'origine appendiculaire.

Mais lorsque le foyer inflammatoire est situé au voisinage de la vessie, la réaction de cet organe est beaucoup plus vive. C'est la péricystite qui entre la première en scène : elle se traduit par des troubles de la miction, irréguliers quelquefois,

(1) Guyon. — *Leçons cliniques*.—Art. : Mictions.

mais existant presque toujours. Le malade urine alors fréquemment avec effort et non sans douleur, mais ses urines ne perdent pas leur limpidité normale. Il peut également souffrir de rétention.

Les mêmes signes fonctionnels se maintiennent avec une plus grande intensité cependant, et il s'y surajoute de la pyurie, parfois de l'hématurie et une expulsion simultanée de débris de sphacèle : on se trouve en présence d'une muqueuse vésicale lésée, d'une cystite à proprement parler.

Puis tout à coup, au moment d'un effort ou le plus souvent sans raison apparente, le malade, pris d'un besoin d'uriner très impérieux, rend une quantité de pus plus considérable ; ses urines sont non-seulement troubles, mais elles présentent aussi une odeur fétide, généralement fécaloïde ; l'ouverture de l'abcès appendiculaire dans la vessie est évidente. En outre, si le foyer purulent communique par ailleurs avec le cœcum, des gaz et des matières fécales peuvent s'échapper par l'urèthre, de même que l'urine peut passer dans le canal intestinal. Et tout n'est pas terminé ; l'établissement d'une fistule vient assez fréquemment se compliquer de la formation de calculs vésicaux, qui amènent avec eux tout un cortège de symptômes particuliers.

Tel est l'ensemble symptomatique habituel d'un abcès appendiculaire cherchant à se faire jour à travers la vessie. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi régulièrement et parmi les stades successifs dont nous avons donné la description

plusieurs peuvent manquer. Chez notre malade, par exemple, l'ouverture du foyer péritonéal dans le réservoir urinaire se fit spontanément, sans aucun trouble prémonitoire, et l'écoulement de pus par les urines, qui disparaissait momentanément pour revenir peu de temps après, n'a jamais provoqué de crise douloureuse du côté de la miction. Cette absence de phénomènes vésicaux précédant la perforation a été notée deux autres fois, par Menière et Hallé. — Dans le cas rapporté par ce dernier, il s'est de plus produit une hématurie abondante qui, par sa persistance, fit succomber la malade, et qui était due, d'après les résultats de l'autopsie, à un épanchement sanguin secondaire dans la poche avoisinant la vessie.

Certains signes physiques accompagnent les symptômes de l'appendicite périvésicale. Dans la plupart de nos observations, on remarque l'existence d'une tuméfaction intra-abdominale, située soit entièrement dans la fosse iliaque droite, soit s'y prolongeant plus ou moins de la région hypogastrique, et en rapports intimes avec le réservoir urinaire. Cette tumeur est quelquefois douloureuse et son volume est variable. — Par le toucher rectal et le palper abdominal combinés on se rend mieux compte de sa consistance et de sa localisation. Elle est tantôt molle, tantôt résistante, suivant son contenu ; dans le cas, que nous avons observé, elle était d'une dureté ligneuse et renfermait un gros calcul fécaloïde dans sa cavité. — Quant à son

siège, nous avons vu, dans un autre chapitre qu'il pouvait occuper toutes les faces de la vessie.

On peut ajouter qu'on arrive souvent par le toucher à trouver au milieu de cette tuméfaction un point limité et particulièrement douloureux (Dormoy).

CHAPITRE V

Diagnostic — Pronostic

A) Diagnostic : troubles réflexes, abcès, fistules.

Les cas cliniques ordinaires d'appendicite ont une physionomie particulière qui les fait aisément distinguer, lorsqu'on connaît bien la maladie dans ses diverses modalités. Il n'entre pas, cependant, dans le cadre de notre travail de développer à nouveau cette partie qui a été si bien traitée dans de nombreuses études antérieures. Nous nous bornerons à faire le diagnostic étiologique des symptômes que nous avons décrits dans le chapitre précédent.

Des phénomènes vésicaux d'ordre réflexe se manifestent assez fréquemment, avons-nous dit, au cours de l'appendicite. Il importe de les différencier des mêmes accidents témoignant d'une lésion du réservoir urinaire.

La pollakiurie simple, survenant en même temps que les signes propres à l'inflammation appendiculaire, peut indiquer deux choses, soit un commencement de péricystite, soit uniquement une irritabilité vésicale de nature nerveuse. Par la palpation abdominale jointe au toucher rectal, on trouvera, dans le premier cas, de la douleur et un empâtement périvésicaux qui ne se rencontreront jamais dans la seconde hypothèse. La même méthode exploratrice aidera à diagnostiquer la cause de la rétention d'urine; elle permettra d'éliminer toute altération de la vessie et d'attribuer l'impossibilité de la miction à l'état général du sujet.

Mais l'examen par le rectum ou par le vagin, sans négliger l'exploration abdominale, a donné des résultats; on a senti une masse, molle, fluctuante, rénitente ou dure, suivant les circonstances, et en contact avec le réservoir urinaire. Elle est évidemment la cause des envies fréquentes et douloureuses d'uriner dont se plaint le malade, et de l'émission de pus ou de sang par son urèthre. On cherche à délimiter cette tumeur qui est presque toujours une collection suppurée; on s'aperçoit qu'elle n'a aucune connexion avec les autres organes pelviens et qu'elle se prolonge plus ou moins vers la fosse iliaque droite; on apprend de plus que les troubles urinaires n'existaient pas avant l'attaque appendiculaire. Il n'est pas douteux alors que l'appendicite ne doive être incriminée.

L'abcès périvésical prend aussi son origine dans d'autres sources. Il peut être dû à une ancienne cystite, à une prostatite suppurée, comme il peut également provenir d'une cellulite pelvienne, diffuse, de cause rectale (Bouilly). Ces cas divers ne nous intéressent pas; ils se présentent avec des allures spéciales qui ne laissent aucun doute sur leur véritable nature. Il n'en est pas de même de l'annexite qui retentit parfois sur la vessie de la même façon que l'appendicite. On peut, par exemple, se trouver en face d'une femme se plaignant de troubles digestifs et vésicaux et accusant de la douleur dans la région iliaque droite; en l'examinant, on constate dans la portion hypogastrique de l'abdomen une tuméfaction qui plonge dans le bassin où elle remplit tout le cul-de-sac vésico-utérin; le diagnostic devient très hésitant; seule l'étude attentive du passé génital et des antécédents intestinaux pourra faire pencher la balance en faveur de l'une ou l'autre hypothèse.

Comment reconnaître maintenant l'existence d'une fistule vésicale d'origine appendiculaire? Si on a assisté à l'éclosion de troubles de la miction, après le développement d'un empâtement au voisinage de la vessie, chez un malade présentant tous les signes d'une inflammation de l'appendice, et s'il rend spontanément du pus fécaloïde dans ses urines, il est facile de rattacher l'effet à sa cause.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi

simplement. On peut être consulté longtemps après une première crise appendiculaire qui aurait évolué d'une façon relativement silencieuse, et le patient vient surtout pour ses troubles vésicaux. Chez le comptable, dont nous rapportons l'histoire, on découvrit une collection au niveau du réservoir urinaire avec ouverture évidente dans cet organe, et l'étiologie de cette poche purulente, qui datait de plus d'un an, fut d'autant plus difficile à éclaircir que les urines rendues, quoique très purulentes, n'avaient jamais présenté cette odeur fétide caractéristique du pus des abcès appendiculaires. L'interrogatoire serré du malade sur ses antécédents gastro-intestinaux amena M. Duret à penser à l'appendicite et l'intervention, jugée nécessaire, confirma son diagnostic.

Dans un autre cas (Obs. XIII), dont nous avons déjà parlé au chapitre des symptômes, une hématurie abondante anémiail la malade, qui n'accusait dans son passé pathologique que de vagues douleurs abdominales. La présence d'une tumeur faisant corps avec le réservoir urinaire et remontant jusqu'à mi-distance entre le pubis et l'ombilic, et la constatation d'une muqueuse vésicale fortement lésée sans fistule apparente, firent porter le diagnostic de néoplasme vésical volumineux. La personne ayant succombé, la nécropsie démontra qu'on avait affaire à une collection sanguine péri-vésicale d'origine appendiculaire et communiquant avec la vessie par deux orifices.

B) Pronostic

Le pronostic des troubles vésicaux réflexes dans l'appendicite s'efface devant celui de la maladie causale.

Un abcès appendiculaire au voisinage de la vessie n'offre rien de particulièrement dangereux pour la vie du malade; son ouverture dans cet organe peut même être salutaire en facilitant l'écoulement du pus au dehors. On a vu des guérisons complètes. Mais quelquefois il persiste une fistule, qui peut à la longue être une cause d'altération de la muqueuse vésicale, par suite du passage continu de matières purulentes ou stercorales. Lorsque la vessie n'est plus apte à se défendre, les microbes peuvent l'envahir et gagner de là les reins en provoquant des accidents fort graves.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Troubles réflexes — Abscès — Fistules

La pollakiurie d'ordre réflexe, dans l'appendicite, ne commande pas en général de traitement spécial. Sa persistance, dans le cas où l'intervention contre les accidents plus graves de la maladie causale n'aurait pas été jugée nécessaire, pourrait être avantageusement combattue par l'emploi d'anti-spasmodiques.

D'autre part la rétention d'urine exige des soins immédiats; on devra recourir au cathétérisme, et le pratiquer avec les précautions antiseptiques habituelles si on veut éviter toute infection.

Au milieu des symptômes appendiculaires au début, le malade accuse des troubles de la miction plus accentués en même temps qu'une douleur sus-pubienne continue; on doit craindre la présence du

foyer inflammatoire au voisinage du réservoir urinaire, même si les renseignements obtenus par l'exploration abdominale, rectale ou vaginale, ne sont pas encore très précis ; dans ces conditions, il serait peut-être utile de placer des sangsues sur la région, ou de recourir à la glace en applications permanentes locales.

L'examen a fait sentir une tuméfaction périvésicale ; on se trouve en face d'une collection purulente évidente. — Il faut intervenir. — Mais l'abcès est tantôt situé au-dessous de l'ombilic, tantôt dans la cavité pelvienne. Dans le premier cas, on fera une laparotomie médiane sus-pubienne, on ménagera les adhérences, on évacuera les liquides, on réséquera l'appendice s'il se présente de lui-même, puis on drainera. Dans le second cas, les avis sur l'endroit de l'incision sont partagés à cause de la difficulté du drainage ; quelques-uns proposent d'aborder directement la poche purulente par le vagin ou par le rectum ; la plupart des chirurgiens cependant préfèrent la voie abdominale qui leur permet assez souvent de rencontrer l'organe malade et d'en faire l'ablation, se réservant de pratiquer plus tard une contre-ouverture par en bas, au point déclive, si, l'écoulement du pus ne se faisant pas suffisamment bien, il se produisait des phénomènes de rétention. Chez la femme, le vagin serait tout indiqué pour cette seconde opération, mais chez l'homme « M. Aug. Pollosson proposerait d'après des recherches d'amphithéâtre d'en revenir

à la contre-ouverture par la fosse ischio-rectale » (1). Dans les observations à foyer pelvien périvésical, que nous citons, on eut chaque fois recours à la laparatomie soit médiane, soit latérale avec de bons résultats en général. Il est cependant un exemple de perforation vésicale qui eut lieu dix-sept jours après l'intervention (Obs. XII); le malade succomba même par septicémie lente; on peut peut-être se demander si, en cette circonstance, le drainage abdominal avait été suffisant.

Il y a une communication de la vessie avec le foyer appendiculaire avoisinant, que faut-il faire? Deux choses sont à considérer : 1^o il n'existe pas en même temps de fistule intestinale; 2^o il existe à la fois une fistule vésicale et une fistule intestinale.

Dans le premier cas, en faisant disparaître la cause, en évacuant le pus comme s'il s'agissait d'un abcès simple, on aura le plus souvent raison de la fistule. Il en fut ainsi pour notre malade et pour celui de M. Poncet. La tâche sera encore facilitée par des lavages désinfectants du réservoir urinaire.

Dans l'autre cas, c'est-à-dire dans celui de fistule vésico-intestinale proprement dite, l'opération sera plus complexe. Les procédés employés contre les communications anormales entre l'intestin et la vessie sont très variés et sont très bien passés en revue dans les mémoires respectifs de MM. Cha-

(1) In Dormoy. — Thèse de Lyon.

vannaz (1) et Tuffier-Dumont (2). Nous ne les décrivons pas : nous dirons simplement qu'en une circonstance M. Boiffin (Obs. IX) pratiqua avec succès l'entéro-anastomose entre l'intestin grêle et le colon ascendant et nous concluerons avec M. Tuffier :

« Nous croyons que la laparotomie doit entrer pour une part très grande dans l'abord des fistules vésico-intestinales ; elle donne un large champ opératoire ; elle permet d'explorer les lésions, de reconnaître exactement la forme, l'étendue, la nature du mal et de lui appliquer la thérapeutique la plus efficace. »

(1) Chavannaz. — *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*. 1897.

(2) Tuffier et Dumont. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*. Juin 1895.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle) (1)

Appendicite calculeuse ouverte dans la vessie — Pyurie
intermittente — Laparotomie — Guérison

X..., âgé de 30 ans, comptable, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 25 février 1896.

Comme antécédents morbides du malade, on ne relève qu'une blennorrhagie compliquée d'orchite dans sa jeunesse, et en 1888 une attaque d'influenza assez sérieuse. Il aurait eu, du moins à cette époque, de la fièvre avec céphalalgie, abattement, douleurs abdominales, constipation d'abord, puis débâcle et diarrhée.

Au mois de novembre 1894, quelques jours après une longue marche, il ressentit dans la région de l'aîne droite une douleur assez vive qui l'obligea à se coucher. Il avait en même temps de la fièvre et de la constipation, et au bout de deux jours il crut bon de prendre un purgatif.

(1) Communication à la Société anatomo-clinique de Lille, par MM. Lèplat et Masson. *Bulletin*. 1896.

Ce fut huit jours seulement après le début, le 16 novembre, qu'il fit appeler un médecin. Celui-ci pensa à des accidents d'inflammation intestinale et prescrivit le repos, des purgations et l'application de cataplasmes sur la région douloureuse. A quelques jours de là, il découvrit dans la région hypogastrique une petite tumeur du volume d'un œuf, qu'il crut être un abcès et dont il attendait l'élimination par le rectum. A sa grande surprise, l'ouverture se fit dans la vessie, car un jour, trois semaines environ après le début des accidents, le malade s'aperçut qu'il émettait par l'urèthre, à la fin de ses mictions, une certaine quantité de pus. En même temps, les phénomènes inflammatoires et douloureux s'amendèrent beaucoup. Toutefois, par la suite, des crises douloureuses se reproduisirent, tous les quinze jours à trois semaines d'abord, puis de plus en plus fréquemment. La douleur partait toujours de la même région inguinale pour s'irradier dans le reste de l'abdomen, durant un, deux ou trois jours, et disparaissait lorsque le malade avait rendu avec l'urine du pus blanchâtre ou blanc rougeâtre, variant comme quantité de un dé à un demi-verre par miction ; cela dura également deux ou trois jours. Les pressions et les manipulations de la tumeur rappelaient les mêmes phénomènes, douleurs et rejet de matières purulentes.

Au début, le patient avait gardé sévèrement le lit pendant une dizaine de jours ; puis il avait tenté de se lever, mais avait dû se recoucher peu de temps après. Il avait même fait, à cette époque, un séjour à l'Hôtel-Dieu de Douai, du 5 février au 11 mars, mais sans grande amélioration. Enfin, il reprit tant bien que mal ses fonctions de comptable, mais souvent il se voyait obligé de les interrompre pour des repos de plusieurs jours.

Voici les résultats de l'examen du malade à son entrée :

Par l'examen physique, on constate à deux doigts au-dessus de l'arcade de Fellope et un peu en dedans de son milieu, une tuméfaction du volume d'une grosse pomme, douloureuse, de

consistance dure, présentant quelques bosselures à sa surface, paraissant immobile dans le bassin et qui semble bien en contact avec la région vésicale.

Le toucher rectal montre que cette tumeur n'est en rapport ni avec la prostate ni avec les vésicules séminales qui ont leur forme et leur volume normaux. Mais un peu plus haut et à droite, le doigt rencontre également une tumeur dure, mamelonnée, que le palper bi-manuel montre bien être en connexion avec celle qu'on sent par le ventre.

Le lendemain de cette exploration, le malade est pris de douleur et expulse avec l'urine une certaine quantité de pus jaunâtre, bien lié, non grumelleux.

Il est évident qu'il s'agit d'une pyurie intermittente, provenant d'une collection périvésicale. Mais le point difficile à éclaircir est l'origine de cette collection. S'agit-il d'une appendicite ouverte dans la vessie ou d'un adéno-phlegmon qui aurait eu la même issue ?

Il est remarquable toutefois que si on se trouve en présence de la première hypothèse, on ne retrouve dans les urines aucune trace de débris intestinaux. Il faudrait donc supposer que la communication avec l'intestin est complètement oblitérée.

Le malade a maigri surtout au début de son affection, mais son état général est actuellement bon, ce qui est plutôt défavorable à l'hypothèse d'un néoplasme. Pas de fièvre, pas de constipation habituelle, pas d'albumine dans les urines.

M. Duret se décide à intervenir par une laparatomie latérale, non avec l'espoir d'énucléer la tumeur en totalité, elle paraît trop adhérente pour cela, mais avec l'intention d'enlever ce qui sera possible et de terminer par marsupialisation ou drainage.

L'opération est faite le 29 février. On fait une incision verticale et latérale d'environ quatorze centimètres à un travers de doigt en dehors du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. L'extrémité inférieure de cette incision descend à quatre centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope. Les plans

abdominaux étant sectionnés, on ouvre le péritoine à la même hauteur et on écarte les lèvres : on trouve d'abord l'épiploon divisé en trois faisceaux, venant se fixer à une tumeur très dure, sise au-dessus de l'arcade de Fallope, dans son tiers interne, près de la vessie. Les trois bandes épiploïques sont sectionnées entre deux ligatures. Le chirurgien peut alors explorer attentivement la masse indurée.

Elle est constituée : en avant par le cœcum ; en dedans elle adhère fortement à la face latérale de la vessie ; en bas elle est collée à l'arcade de Fallope, en dehors et en arrière au détroit supérieur du bassin et à la fosse iliaque. Nulle part on ne trouve trace de l'appendice. La dureté de la masse est absolument ligneuse ; il est impossible de la mobiliser en aucun sens, ni de la décoller sans s'exposer à une déchirure certaine de l'intestin. Le volume de cette tumeur dépasse celui du poing. En bas elle descend dans la cavité pelvienne, où elle se prolonge sous forme d'induration diffuse.

Pour donner du jour, on fait à la paroi abdominale une incision transversale d'une dizaine de centimètres, perpendiculaire à la première qu'elle rencontre dans son tiers inférieur, arrivant en dehors jusqu'à l'épine antéro-supérieure. On obtient ainsi un petit lambeau triangulaire qu'on renverse fortement en dehors en le saisissant avec des pinces de Museux.

On explore de nouveau la tumeur pour tenter de la décoller sur quelques points de la périphérie. On est obligé d'inciser fortement au bistouri au-dessus de l'arcade de Fallope, dans le tissu fibreux néoplasique qui a la dureté du squirrhe. Cette incision s'écarte autant que possible de l'intestin et peut avoir une longueur de 4 centimètres environ. En décollant ensuite avec le doigt, le chirurgien a l'heureuse chance de sentir un corps extrêmement dur, du volume d'une grosse noix, situé dans cette région. Il l'extirpe doucement à l'aide d'une pince et reconnaît une pierre d'une forme oblongue, qu'un examen ultérieur a démontré être un calcul fécaloïde. M. Duret se propose de nous entretenir d'une façon détaillée des calculs

appendiculaires dans une prochaine séance de la Société des sciences médicales.

Le calcul enlevé, il reste une cavité un peu fongueuse, mais sans pus, du volume d'une pomme, qu'on nettoie à la curette.

Pensant qu'elle pouvait être la cause de la pyurie M. Duret recherche une communication de cette cavité avec la vessie.

Malgré des explorations nombreuses avec la sonde cannelée on ne trouve aucune communication ; on constate seulement une adhérence très intime et assez large (comme une pièce de cinq francs environ), avec la face latérale droite du réservoir urinaire. Dans la cavité para intestinale, il semble exister un orifice d'un centimètre carré environ, d'aspect muqueux, qui pourrait être en communication avec l'appendice vermiculaire, mais on ne peut en acquérir la preuve ni au palper, ni à la vue, ni à l'exploration par la sonde ; l'appendice est introuvable.

Il fallait borner là l'intervention ; toute tentative de décollement du gros intestin serait suivie de déchirure ; en effet on peut sentir par le palper que toute sa face postérieure est épaissie, bosselée et a une consistance lardacée. De plus, un aide ayant introduit l'index dans le rectum, rencontre facilement le doigt du chirurgien dans la cavité abdominale. Il reste entre les deux une masse diffuse de tissus interstitiels indurés mais on ne sent plus, à proprement parler, de tumeur compacte comme avant l'opération.

On place alors un gros drain dans la cavité para-cœcale, on la bourre à la gaze iodoformée et on referme la paroi abdominale, comme d'ordinaire, par trois plans de suture.

Dans les jours qui suivent, l'état du malade est satisfaisant. Il n'a ni fièvre, ni vomissements, mais seulement des éructations fréquentes et une douleur assez vive au creux épigastrique. Glace sur le ventre.

Le pansement est renouvelé chaque jour et on retire peu à peu le ruban de gaze iodoformée, puis les drains. Notons un petit abcès de la paroi resté sans importance.

Le fait intéressant est celui-ci : à partir de l'opération on n'a plus observé ni trace de pus dans les urines, ni crise douloureuse vésicale. Les urines des premiers jours étaient rouges et laissaient un assez fort dépôt d'urates, mais rapidement elles se sont éclaircies et n'ont plus présenté rien d'anormal comme quantité et qualité.

L'état général du malade est excellent ; il reste à la paroi un petit orifice dont l'oblitération n'est plus qu'une question de jours et la guérison, sans aucun trouble des fonctions intestinales ou urinaires, semble assurée.

Il semble évident qu'on se trouve ici en présence d'un cas d'appendicite calculeuse (ou lithias appendiculaire, comme l'a récemment appelée Dieulafoy) ayant évolué vers la vessie. Le calcul s'est développé lentement dans l'appendice et a pu même atteindre le volume d'une noix sans provoquer aucune espèce d'accident ; le passé du malade est formel à cet égard.

Alors seulement l'oblitération s'est produite et l'appendicite a évolué d'une façon relativement silencieuse encore. Il y a eu perforation, chute et enkistement des calculs dans le péritoine ; puis l'abcès péritonéal s'est ouvert dans la vessie, tandis que se fermait rapidement la communication intestinale.

Il est resté dès lors une fistule faisant communiquer la vessie avec la poche fongueuse qui renfermait le calcul et c'est dans cette poche que se formait le pus qui, périodiquement, se vidait dans le réservoir urinaire.

OBSERVATION II (Balzer) (1)

Pérityphlite et Péritonite — Rétention — Ténésme

L... (Alfred), âgé de 11 ans, entre le 2 avril 1875, salle Saint-Joseph, n° 26, dans le service de M. Cadet de Gassicourt.

(1) Balzer. Observations et recherches pour servir à l'histoire des inflammations du cœcum chez l'enfant. *Gaz. méd.* 1879.

Cet enfant a toujours eu une bonne santé; il a eu seulement les ganglions du cou volumineux pendant quelque temps. Le père se porte bien, mais la mère paraît tuberculeuse.

Depuis quelque temps, l'enfant se plaignait du ventre et digérait mal, bien qu'il eût conservé l'appétit.

Le 27 mars, il déjeune encore très bien à midi. A quatre heures, il est pris subitement de fortes douleurs dans le bas-ventre, avec vomissements; depuis lors, il n'a pas cessé de vomir tout ce qu'il prenait et d'avoir des vomissements glaireux.

La diarrhée a commencé le 31 mars, après un purgatif, et n'a pas cessé depuis. Température au moment de l'entrée, 39 degrés.

Le 3 avril, le matin, amélioration notable : les vomissements ont cessé, la température est de 37° 4. La langue blanche et humide. Le ventre est tendu, ballonné; l'enfant n'a pas uriné, *la vessie remonte jusqu'à l'ombilic*; on la vide par le cathétérisme. Le soir, l'enfant a pris un bain dans la journée, T = 38° 4. On est encore obligé de le sonder.

Le 4 avril, vessie encore très distendue; cathétérisme. On constate par la palpation de l'abdomen une *tumeur en forme de boudin*, de cinq à six centimètres de longueur sur deux centimètres de largeur. L'enfant a eu le matin des gardes-robes diarrhéiques, avec des boulettes fécales très dures. Prescription : un grand bain, une cuillerée à café de sirop de strychnine, huile de ricin, 15 grammes. Matin T = 38°; soir, 38° 2.

Le 5 avril, le purgatif a provoqué l'expulsion de matières dures, semblables à celles d'hier; *la tumeur du cæcum a diminué*. L'enfant souffre beaucoup moins : il urine spontanément.

Le 6 avril, on constate un empatement au niveau de la vessie, probablement dû à la présence de matières fécales.

9 avril: — Hier, dans la journée, l'enfant a rendu plus de deux litres d'urine et a eu deux garde-robes liquides, mais après plus de vingt essais infructueux. *Ténesme très douloureux*; le ventre est ballonné, très douloureux à la palpation. Matin, T = 38°4; soir, 38°8.

11 avril. — Hier, on a placé un vésicatoire dans la région du cœcum; l'enfant souffre moins et le tympanisme a diminué. — Selles diarrhéiques.

15 avril. — Palpation, devenue indolente, révèle toujours un peu d'empatement dans la région du cœcum. La fièvre persiste encore. Matin, 38°5; soir, 39°.

25 avril. — L'enfant se lève depuis quelques jours, mais se plaint toujours un peu du ventre. On constate un peu d'empatement dans la région du cœcum. — Température d'hier soir, 39 degrés.

3 mai — Plus de tuméfaction dans la fosse iliaque. La fièvre a cessé et il n'y a plus de diarrhée, mais l'enfant reste très faible, pâle et amaigri. Il part en convalescence.

Remarques. — La soudaineté du début, l'intensité de la douleur, les vomissements, la tympanite, *la rétention d'urine*, tels sont les principaux symptômes observés tout d'abord chez ce malade et subordonnés évidemment à l'existence d'une péritonite, qui masquait les accidents en voie d'évolution dans la région du cœcum. Ceux-ci devinrent de plus en plus manifestes à mesure que l'inflammation s'apaise du côté du péritoine; la maladie finit par évoluer lentement avec tous les caractères d'une typhlite.

OBSERVATION III (Roux) (1)

Appendicite — Rétention d'urine — Opération — Guérison

Mlle M..., 22 ans, demoiselle de magasin, dyspeptique. Tendence à la constipation habituelle, a bu de l'eau glacée pendant ses règles et souffre depuis trois jours dans la région iliaque. Dans la nuit du 29 au 30 juin 1889 elle se lève pour uriner. En voulant se relever du vase elle ressent une douleur d'une telle violence qu'elle ne peut faire un mouvement et se met à crier sans cesse, jusqu'à l'arrivée du docteur, qui pense à une perforation intestinale. — T. 38°5, P. 120. — Dans la journée, T. 37°6, P. 120. La douleur abdominale à la pression est surtout très forte à droite, aussi bien en arrière et en dehors qu'en avant. Morphine.

1^{er} juillet, T. 36°5, P. 120. *Rétention d'urine*, cathétérisme. — A midi, vomit son lait. Le soir, pouls filiforme 120. Ventre énormément ballonné, très tendu : péritonisme. Moins de douleur cependant à la pression à gauche. Facies hippocratique ex-inanitione. Champagne, morphine.

2 juillet, consultation, à trois.

La malade a gardé un lavement évacuant et deux lavements nutritifs (œuf, bouillon, lait, peptone, Marsala). Nausées constantes sans vomissements. Quatre injections de morphine. Cathétérisme. Ventre toujours énorme et tendu, mais toujours plus sensible à droite où il y a une résistance et matité nettes. Un peu de délire. Pouls 120, moins filant et meilleur que le

(1) *Revue de la Suisse Romande*. 1890.

premier. Dès que l'effet d'une injection de morphine cesse, les douleurs reprennent très vives, jusqu'à la prochaine piqure.

Diagnostic : Appendicite. On parle d'une intervention éventuelle.

3 juillet, au matin, P. 108. Urine spontanément. Langue humide ; lavement sans fèces. *Examen par rectum nul.* Région ilio-cœcale plus douloureuse au bord du ligament de Poupart. Trois à quatre injections de morphine par jour.

Le 4, nouvelle consultation ; on admet du pus et fait dans la ligne de notre incision habituelle 3 ponctions exploratrices assez profondes sans résultats.

Le 5, P. 120. Plusieurs selles fétides ; bonne nuit ; le ballonnement a beaucoup diminué. La malade ne supporte plus les lavements nutritifs qui provoquent des selles ; mais elle prend *per os*, vin, bouillon, etc. Ne vomit plus. Soir, 38°3. P. 120.

Le 6 et le 7, température toujours élevée. — On la transporte à l'hôpital pour opérer.

Opération. — On fait une incision de 15 centimètres et trouve dans la paroi musculaire trois fusées verdâtres, gangréneuses, puantes, qu'on s'explique par le trajet des ponctions ; puis on arrive sur le cœcum très rouge et vide. Suivant la fusée inférieure, on arrive avec le doigt dans une cavité purulente correspondant au siège de l'appendice. Après quelque recherche, on découvre le fond du cœcum et un lambeau verdâtre, gangrené, dont la forme et le volume correspondent au processus vermiciforme. Tirant dessus avec la pincette, on détache d'abord une membrane fibrineuse, puis on voit qu'il reste des débris de tissu sphacelés sur lesquels on tire de nouveau, et on peut se convaincre que c'est bien l'appendice qui sort comme un macaroni. A la limite où se déchire ce tube, on aperçoit un lumen dans lequel on peut introduire une sonde et d'où s'échappe du pus. On avive les bords de cette ouverture et y

place deux sutures... On irrigue toute la cavité à la créoline ; on enlève aux ciseaux les adhérences inutiles et les débris sphacelés ; et on tamponne enfin toute la plaie à la gaze iodoformée.

Depuis l'opération, la température est normale ; le 21 août, la malade quitte l'hôpital en parfait état.

OBSERVATION IV (Gerster) (1)

Appendicite — Double abcès, iliaque et prévésical
Fréquentes envies d'uriner — Opération — Guérison

Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 16 ans, qui souffrait habituellement de constipation et se plaignait fréquemment de coliques.

Au mois d'août 1878, à l'occasion d'une plus violente attaque de colique, on manda le Dr Weiss, le médecin ordinaire de la famille. Il diagnostiqua une appendicite, et ordonna un purgatif qui fut sans effet.

Le 7 septembre, la température s'élevait à 104° (Fahrenheit), et le gonflement dans la fosse iliaque droite était devenu plus marqué.

Le 10 septembre, je fus appelé en consultation avec le Dr Weiss. Un gonflement uniforme occupait la fosse iliaque

(1) Gerster, loc. cit.

droite et s'étendait jusqu'à la ligne médiane de l'abdomen. *De fréquentes envies d'uriner ennuyaient fortement le malade*, qui de plus présentait les phénomènes d'hecticité particuliers aux longues suppurations. On diagnostiqua un abcès profond, et on décida de l'ouvrir. On trouva le fascia transversalis infiltré et très adhérent aux parties sous-jacentes. Une ponction exploratrice faite au fond de la plaie, près de l'os iliaque, ramena du pus ; on incisa alors franchement la poche purulente, et il s'en suivit une évacuation considérable. On ne trouva aucun corps étranger. Introduisant mon index dans la cavité, je trouvai un prolongement sinueux qui se dirigeait vers la ligne médiane, se rattachant à une autre *collection purulente qui occupait l'espace prévésical*. On plaça un drain dans l'abcès principal, on en fit pénétrer un second dans l'espace de Retzius. On pansa la plaie avec de la gaze phéniquée.

Le malade, qui était auparavant dans un état pitoyable, commença dès lors à se remettre : l'appétit et le sommeil revinrent, et les sueurs profuses de la nuit disparurent.

20 septembre. — Les drains se sont déplacés. On éprouva une grande difficulté à les remettre en place, et le malade présenta de nouveau des phénomènes de rétention, accompagnés de fièvre et de douleurs très vives.

10 octobre. — Le malade se leva ; il était guéri.

Comme conclusion, je crois que l'incision a empêché l'abcès de s'ouvrir dans la vessie.

OBSERVATION V (Schwartz) (1)

Appendicite à rechutes. — Trois abcès sous-ombilicaux. —
Phénomènes vésicaux. — Extirpation de l'appendice pendant
une période de calme. — Guérison.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, élève de l'Ecole des hautes études commerciales, d'une constitution très robuste, de très bonne santé habituelle, qui nous fut adressé, il y a environ deux mois, par un de nos confrères.

Le début de l'affection pour laquelle il nous consulte remonte à deux ans environ, au 25 décembre 1884.

A cette date, notre malade, qui avait alors dix ans, fut pris de violentes douleurs dans l'abdomen, avec vomissements, ballonnement, fièvre intense, tous symptômes qui firent croire à une péritonite. Vers la fin de janvier 1885, il se forme un énorme abcès de la région sous-ombilicale qui vient peu à peu proéminer au niveau de la ligne blanche et qui est ouvert au bistouri le 15 février 1885. Soulagement immédiat, le malade dit avoir rendu avec le pus une petite masse noirâtre, sans qu'il soit possible de rien préciser à ce sujet. L'abcès ne fut fermé qu'au mois de novembre suivant.

La santé se rétablit complètement et était excellente, quand, le 25 août 1890, six ans après la première crise, l'enfant est repris des mêmes phénomènes douloureux fébriles avec vomissements, sans cause appréciable comme la première fois. Il s'y ajoute *de violentes douleurs en urinant, des mictions*

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie.* 1894.

fréquentes ; un abcès se forme au même endroit où s'était déjà formé le premier ; il s'ouvre spontanément et laisse écouler une grande quantité de pus ; il était cicatrisé au commencement de février 1891 et avait évolué en six mois.

Tout paraissait bien terminé, ce jeune homme était en plein cours d'études quand, vers le 25 novembre 1893, il fut repris d'un frisson très violent avec fièvre vive, d'un état adynamique avec ballonnement du ventre qui fit porter par le confrère appelé le diagnostic de fièvre typhoïde probable.

Le jeune homme, instruit par ce qui s'était déjà passé, raconta les faits déjà survenus, et éprouvant les mêmes douleurs que les autres fois, *la même dysurie, les mêmes ténesnes vésicaux*, pensa qu'il allait se former un nouvel abcès. C'est ce qui arriva en effet. Au bout de dix jours, formation d'une collection purulente sous-ombilicale qui est ouverte au même endroit que les précédentes. Au bout de quinze jours, tout est terminé, et l'orifice fermé.

Depuis, la santé est redevenue très bonne, les fonctions digestives s'accomplissent normalement, quoi qu'il y ait plutôt une tendance à la constipation. Effrayé de ce renouvellement des mêmes accidents à échéance de quelques années, il vient, sur les conseils de son médecin, nous consulter sur l'opportunité d'une intervention pour empêcher le retour d'accidents semblables. Cela est d'autant plus important qu'il est en cours d'études et qu'une nouvelle crise peut de nouveau l'arrêter. De plus, si la dernière a été plus courte, elle a été bien plus violente. Nous le voyons le 15 août 1894. C'est un grand et beau garçon de 20 ans sans aucune tare, ni héréditaire ni acquise.

L'examen local nous montre sur le trajet de la ligne blanche, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic une cicatrice brunâtre qui est la trace de l'ouverture des trois abcès sous-ombilicaux. Au niveau de cette région, nous ne sentons aucune résistance profonde, aucun endolorissement, la paroi abdominale est absolument normale. L'exploration de la fosse iliaque

droite est absolument négative ; toutefois, il nous semble sentir comme une bride profonde qui résiste à la pression du doigt sans d'ailleurs que celui-ci provoque aucune douleur.

Toutes les fonctions se font normalement, rien du côté des fonctions digestives ni des fonctions urinaires.

Nous étions assez perplexes au point de vue du diagnostic.

S'agissait-il d'une appendicite à répétition ayant amené ces trois crises suppuratives et douloureuses ou d'un diverticule intestinal soudé à la paroi abdominale, s'enflammant en donnant lieu à l'évolution symptomatique observée ?

Quoiqu'il soit assez rare de voir l'appendicite rechuter lorsqu'elle a suppuré, je penchai plutôt vers la première hypothèse pour les raisons suivantes : existence de crises douloureuses avec réaction générale, issue de cette petite masse noirâtre la première fois que la suppuration se produisit, *sensation de cette espèce de bride profonde derrière la paroi abdominale antérieure.*

Si c'était l'appendice qui était le coupable, il devait présenter des connexions tout à fait anormales avec la paroi abdominale puisque les trois fois un abcès s'était formé exactement dans la région sous-ombilicale et s'était ouvert sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la partie moyenne.

Quant au traitement, je conseillai l'intervention devant consister en une laparotomie médiane exploratrice d'abord, une action ensuite. La dernière crise avait été plus rapprochée de la seconde que celle-ci de la première et si elle avait duré moins, elle avait été par contre beaucoup plus violente comme douleurs et comme symptômes généraux que les deux premières. Comme nous l'avons déjà indiqué, le jeune homme en plein cours d'études réclamait instamment d'être mis à l'abri d'une nouvelle attaque du mal.

Je pratiquai l'opération le 6 juin. Purgatif la veille. Chloroformisation facile. Incision sous-ombilicale médiane de 8 centimètres de long, ayant comme point médian la cicatrice brune, trace de l'ouverture des abcès. Je traverse couche par couche

un tissu cicatriciel qui comble la ligne blanche. J'arrive au péritoine auquel adhèrent un certain nombre de franges épiploïques qu'il me faut décoller pour arriver dans la cavité abdominale. En portant mon doigt en dehors et en bas le long de la paroi, je sens *un cordon arrondi qui partant de la fosse iliaque vient se jeter dans la paroi*, s'y insinue pour ainsi dire ; je l'attire en dehors par sa partie supérieure et je constate que c'est l'appendice qui amène avec lui le cœcum. Il est accompagné d'une grosse masse épiploïque et n'a pas de méso. Il forme une sorte de pont tendu de la fosse iliaque à la paroi. Son extrémité libre est encastrée dans celle-ci avec une solidité qui est d'un mauvais augure pour la libération.

Néanmoins je me mets en devoir de décoller avec mon index la partie adhérente, en veillant à ne pas la déchirer et à ne pas ouvrir le canal de l'organe. J'arrive peu à peu à la désinsérer sur une longueur de 3 centimètres et à la rendre libre.

Nous procédons alors à l'ablation de l'appendice tout contre le cœcum. Ligature séparée de la masse graisseuse qui l'accompagne, ablation de cette masse. Je taille ensuite sur l'appendice qui est rempli de matières fécales, au ras de la collerette rétractée, je nettoie sa cavité qui s'ouvre dans le cœcum, la touche à l'eau phéniquée forte, puis fais trois plans de sutures séro-séreuses sur la manchette qui s'involue comme un doigt de gant et ferme complètement la cavité. Il n'y a pas eu le moindre écoulement de sang dans le péritoine ; la surface où était insérée l'extrémité de l'appendice est touchée à l'eau phéniquée forte ; puis le ventre est complètement refermé par un double plan de sutures, les unes péritonéo-aponévrotiques à la soie n° 1, les autres comprenant toute l'épaisseur de la paroi et au crin de Florence. Quelques sutures internes superficielles. Pansement iodoformé ouaté et compression légère : constipation pendant cinq jours avec un peu d'extrait thébaïque.

Aucun incident. Le malade se lève le dix-huitième jour et va porter pendant quelque temps une ceinture abdominale comme après toute laparotomie.

Voici maintenant le corps du délit. L'appendice est long de 7 centimètres; son extrémité adhérente est effilée et dépouillée de ses tuniques externes, telle était l'adhérence qu'il présentait avec la paroi abdominale. Il est ainsi détruit sur une longueur de 2 centimètres environ. Il contient des matières fécales liquides, mais aucun corps étranger. L'extrémité terminée en pointe, est tellement amincie que l'on voit par la transparence la couleur des matières qui y sont contenues. A la coupe, les parois sont un peu épaissies et comme sclérosées.

OBSERVATION VI (Gangolphe) (1)

Appendicite pelvienne. — Masse englobant tous les Organes du petit bassin. — Troubles de la miction. — Opération

Jeune fille de 18 ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents tuberculeux, directs ou collatéraux.

Le 14 août 1896, elle fut prise subitement de phénomènes appendiculaires : douleurs dans le flanc droit, vomissements, fièvre élevée ; il y eut même, dès le début, des symptômes de péritonite. M. Francon, puis M. Jaboulay, qui la virent à ce moment, ne jugèrent pas l'intervention nécessaire, les phénomènes du début s'étant promptement atténués. Dès le début, la malade s'est plainte *de troubles de la miction consistant en*

(1) Gangolphe — Thèse Dormoy, loc. cit.

douleurs et fréquentes envies d'uriner. Quoique les phénomènes de péritonite aient disparu peu à peu, la température est restée stationnaire autour de 40° et la malade a maigri considérablement

Six semaines après, M. Gangolphe trouve cette jeune fille avec un aspect cachectique très marqué; l'émaciation est extrême. Localement, le ventre est déprimé en bateau. On ne trouve de saillie ou de tuméfaction ni dans le flanc droit, ni dans la région épigastrique, à peine note-t-on à gauche, sur le bord externe du muscle grand droit, un petit point induré, profondément situé et certainement intra-abdominal. Par le toucher rectal, on a la sensation d'une *masse dure, assez douloureuse, englobant tous les organes du petit bassin* et faisant saillie du côté du rectum dont le calibre semble diminué à ce niveau; nulle part on ne trouve de fluctuation. La sensation est identique à celle que donne le toucher vaginal dans le cas d'anciennes lésions de périmétrite. Par le toucher combiné au palper, en déprimant fortement la paroi abdominale, on délimite entre le doigt rectal et la main hypogastrique une masse dure médiane occupant le centre du petit bassin. A ce moment les troubles de la miction ont disparu; il n'y a ni diarrhée, ni constipation. La malade accuse seulement des douleurs et une anorexie complète, parfois des vomissements.

Opération. — Le 2 octobre, M. Gangolphe, après avoir introduit dans la vessie une sonde métallique, fait une incision médiane, hypogastrique et tombe sur des tissus scléreux d'une dureté fibro-cartilagineuse. On décolle peu à peu toutes les adhérences et arrive jusque dans la région prérectale sans reconnaître d'anse intestinale ni pouvoir distinguer l'utérus et les annexes. *Les adhérences sont telles, que la vessie ne pouvant revenir sur elle-même*, on perçoit quand on la mobilise, par suite du passage à travers l'urine de l'air qui pénètre dans la vessie, comme un bruit de bouteille qui se vide. On ne trouve aucune collection, même en se décidant à brûler un de

ses doigts en pratiquant le toucher rectal. On draine aussi bien que possible et laisse dans la plaie deux drains en canon de fusil et une mèche de gaze.

Les jours suivants, légère amélioration, abaissement de la température. La malade part huit jours après l'intervention.

Une dizaine de jours après son départ, émission d'environ deux cuillerées de pus par l'intestin et d'une quantité un peu moindre par les drains. Depuis, l'écoulement s'est continué et l'état général est bon.

Le 26 décembre, la malade a repris 8 kilogrammes depuis l'opération.

OBSERVATION VII (Gangolphe) (1)

Appendicite hypogastrique et pelvienne — Troubles inconstants de la miction. — Opération. — Guérison.

X..., âgé de 18 ans, entre dans le service de M. Gangolphe au mois de juin 1895. Depuis une dizaine de jours il est atteint de phénomènes d'appendicite : douleurs dans le bas-ventre, vomissements, fièvre.... Les phénomènes péritoniques sont déjà amendés, mais la température est toujours restée élevée et la douleur s'est localisée à la région hypogastrique. Le malade accuse en outre des *troubles inconstants de la miction*.

(1) Gangolphe. Thèse Dormoy.

A l'entrée on note une tuméfaction légère, mais évidente, de la région hypogastrique; les flancs et la région épigastrique semblent absolument indemmes. La douleur est localisée au niveau de la région hypogastrique. Par le toucher rectal, *on trouve une saillie rénitente, siégeant au niveau de la région rétrovésicale* et par le toucher combiné au palper on se renvoie une vague sensation de fluctuation. A la percussion, la tuméfaction donne une sonorité complète et à timbre très élevé. La température varie entre 38°5 et 39°.

Le diagnostic porté est celui d'appendicite pelvienne et hypogastrique.

Opération le vingtième jour après le début, issue d'un demi-litre de pus mélangé à des gaz. Le doigt introduit dans la plaie se rend compte que tout le bassin est occupé par la lésion. L'appendice n'a pas été rencontré. On met deux drains en canon de fusil. Le malade a fort bien guéri.

OBSERVATION VIII (Roux) (1)

Appendicite iliaque suppurée. — Incision de la poche purulente.

Les Phénomènes inflammatoires ne s'amendent pas. —

Symptômes de Pyélite et de Cystite par ouverture de l'Abcès dans les Voies urinaires. — Sable dans les Urines.

M^{me} H..., 60 ans. Forte pérityphlite en 1880. Le 11 février 1886, violente crise de coliques, suivie de selle abondante et syncope, après un diner de choux. Région iléo-cœcale doulou-

(1) Roux loc. citat.

reuse à la pression. Opium, diète ; se remet assez vite. Emploie depuis longtemps trois à cinq pilules Brandt par jour pour constipation habituelle.

Fin mars, commencent des douleurs à l'épigastre et à la région iléo-cœcale qui augmentent et forcent d'appeler le docteur le 3 avril 1896.

Le soir du 4, la malade qui a pris 60 grammes de ricin est beaucoup plus mal. Le 5, la région iliaque encore plus douloureuse, ballonnement. Le 7, on peut donner avec un cathéter n° 12, un lavement qui remonte au-dessus d'un rétrécissement spasmodique du rectum, siégeant à 8 centimètres environ de l'anus. Quelque peu de fèces. Injection de morphine. Glace sur le cœcum. Le 8, pas de selle ; ballonnement augmente ; ventre douloureux. Lavement galvanique avec interruption — pôle négatif dans le rectum — 30 à 36 milliampères sans effet. Nausées. Glace à l'intérieur. Toutes les trois heures calomel, 30 centigrammes, poudre et extrait de belladone de chaque 15 milligrammes.

Après la deuxième poudre une forte selle.

Douleur et ballonnement diminuent.

P = 108. Consultation. Malheureusement on décide de continuer le calomel. A deux heures le 5 avril, douleur subite et violente dans la région cœcale, qui s'étend à l'épigastre, au nombril. Le ventre se ballonne de nouveau immédiatement ; facies péritonique. P = 120. On admet une perforation. Champagne. Injection de morphine. Le soir P. = 132. Morphine.

Le 10, au matin, P = 120. La péritonite ne s'est pas étendue. fœtor et goût de pourri.

P. 132 le soir ; T. = 37°5. *Rétention d'urine.*

Le 11, à 4 heures du matin, douleur subite dans l'abdomen qui grossit encore. P. = 120 ; T. = 36°4. A 11 heures 1/2, la percussion douloureuse partout, le pouls mauvais ; le facies péritonéal plus prononcé. On fait une incision oblique étendue,

sans narcose, vu l'état de la malade. Il sort beaucoup de pus. A la partie inférieure de la plaie, on décolle les adhérences et on voit sourdre entre les anses grêles du serum trouble en assez grande quantité. Drainage du péritoine et de l'abcès séparés. Morphine, à cause de la douleur plus grande après l'opération. Le soir P. = 136; ballonnement plus accentué.

Le 12, ballonnement énorme, bruit de tambour, gargouillement; semble *ad exitum*. Morphine.

Dans la nuit du 12 au 13, dégagement subit après pétarade horriblement puante, comme l'urine; le ventre devient souple, indolore, sauf au moment des flatus. Un peu d'iodoforme sur la plaie donne des symptômes indubitables d'intoxication; on se hâte de l'enlever.

Le 14 avril, le mieux s'accroît. Beaucoup de pus glaireux par le drain.

Le 17, ventre libre et détendu; le 18, il est douloureux quand la malade a mangé. Quelque peu de muco-pus dans la fistule.

Dans la nuit du 18 au 19, *crise suraiguë de cystite*. Urine trouble, alcaline, avec des quantités innombrables de streptocoques, sans albumine, ténésme intense. etc. Lavage boricé qui amène un soulagement et qu'on répète plus tard.

Le 26, la fistule est fermée. La cystite qui s'améliore rapidement réapparaît à plusieurs reprises avec ténésme, pyurie; le 8 juin, *avec grossier sable et douleurs dans le rein droit*. Le sable est composé de phosphate. Le 21 juin, les douleurs rénales à droite recommencent, après un bien-être de plusieurs jours, et des *symptômes de cystite et de pyélite plus ou moins*.

Le 24 juillet, violent accès de choléthiase avec 40°. P. = 144; selles puantes, décolorées, ictère, etc.

Au milieu d'août réapparaît le sable dans l'urine, qui se montre à chaque dérangement de digestion.

Au milieu d'octobre, la malade qui a continué son traitement et en particulier les lavages de vessie, a fait de grands progrès. Elle urine toujours du sable, mais se lève, mange de grand appétit et travaille. Depuis trois mois, elle prend à l'intérieur de l'acide chlorhydrique.

Le 21 décembre, nouvelle crise de cholélithiasé, 38°1 et pouls = 120. Douleur sur la vésicule et dans la région rénale droite. Ictère.

A la fin de l'année, elle est relativement guérie. Dès lors elle reprend vie, engraisse et travaille comme à l'ordinaire. Cependant elle ressent encore çà et là des crises rénales et vésicales, même des cholélithiases. Ainsi le 22 avril 1887.

En juin 1889, travaillant sans aucune gêne, elle s'assied sur la terre humide et y prend une nouvelle crise vésicale avec vaginite douloureuse, etc.

Dans la cicatrice, la paroi abdominale a cédé et laisserait former une hernie avec une porte grosse comme une pièce de deux francs à la partie inférieure.

Remarques. — Cette observation, qu'on pourrait intituler pérityphlite compliquée, nous montre une malade chez laquelle l'intervention tardive est arrivée lorsqu'une communication avec les voies urinaires était sur le point de se former et n'a pas empêché celle-ci d'avoir lieu quand même. Quant à la cholélithiasé sur l'existence de laquelle l'observation plus détaillée ne laisse aucun doute, nous la considérons comme une conséquence éloignée de la pyélite et non comme un accident immédiat. Toutefois il est pour nous hors de doute que sans l'incision et l'évacuation du pus, la malade n'eût pas vécu jusqu'à la perforation de l'abcès dans le bassinot ou l'uretère : l'état dans lequel nous l'avons trouvé le 11 avril 1886 faisait du pronostic *quoad vitam* une question d'heures, si bien que

la durée de son rétablissement, les complications survenues, les douleurs supportées et l'existence d'une disposition à la hernie ventrale ne sont pas à mettre en parallèle avec la guérison spontanée, mais avec la mort à brève échéance, qui n'eut certes pas épargné une personne de cet âge.

OBSERVATION IX (Boiffin) (1)

Typhlite avec tumeur persistante dans la fosse iliaque
Plus tard, évacuation du pus par la vessie et le rectum
Opération. — Guérison

Il s'agit d'un homme de 28 ans, dont l'affection remonte à la première enfance ; dès cette époque, il a des crises de violentes douleurs abdominales avec symptômes atténués d'occlusion. En novembre 1889, le malade est atteint de *typhlite* qui ne suppure pas, mais il persiste une tumeur avec douleur et fièvre. En janvier 1890, on constate des évacuations *de pus dans la vessie et dans le rectum* ; en outre, des gaz et des matières s'échappent par l'urèthre. L'état général devient très grave ; le malade ne prend plus que des aliments liquides, encore provoquent-ils des douleurs violentes.

(1) Boiffin — Communication à la Société de chirurgie. Bulletin de 1891.

M. Boiffin diagnostique un rétrécissement du côlon ascendant et il fait une entéro-anastomose de l'intestin grêle avec le côlon transverse.

Pendant l'opération, il décolle le péritoine pariétal de la fosse iliaque pour aller à la recherche de l'abcès, mais il tombe sur une masse solide dans laquelle il pratique quatre ponctions blanches. La plaie guérit, la santé revient rapidement.

Remarquons d'abord cette typhlite qui ne suppure pas primitivement, mais persiste dans la forme d'une induration ; au bout d'un an, un abcès pyo-stercoral s'ouvre dans la vessie et le rectum. Voilà, ce me semble, un nouvel argument en faveur de l'intervention dans la typhlite (Terrillon).

OBSERVATION X (Ménière) (1)

Tumeur phlegmoneuse de la fosse iliaque

Symptômes gastro-intestinaux

Ténésme. — Fistules intestinale et vésicale. — Guérison

X..., 20 ans, porteur d'eau, assez faible ; écart de régime qui donne lieu, en août 1827, à des nausées, des coliques et une diarrhée abondante qui dure douze jours. Constipation pendant trois jours, et bientôt symptômes gastriques, *ténésme*

(1) Ménière — Mémoire sur des tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite. Arch. de méd. 1828.

très douloureux. La fosse iliaque droite est le siège d'un gonflement avec des élancements. Saignée de bras, sangsues. Le dix-septième jour, le malade rentre à l'Hôtel-Dieu. La tumeur a le volume des deux poings, et le pus est rejeté au dehors par l'anus. En même temps, *les urines jusque-là claires déposent une grande quantité de matières blanches ayant l'aspect du pus.* Cette double évacuation continue pendant quelque temps, et au bout de dix jours le malade sort guéri.

OBSERVATION XI (Ménière) (1)

Abcès de la fosse iliaque, ouvert à la fois dans la vessie, l'intestin et à l'extérieur. — Guérison.

E. L. S.... âgé de 11 ans, grand et très développé pour son âge, ayant rendu à diverses reprises des portions de tænia, fut traité de cette maladie par des moyens empiriques très violents et qui occasionnèrent une entérite grave. Il entra à l'hôpital des enfants où une médecine rationnelle fit disparaître les symptômes. Il sortit conservant toujours un peu de diarrhée *et des coliques qui occupaient plus particulièrement la fosse iliaque droite.* Ce ne fut que trois mois après sa sortie de l'hôpital que l'on s'aperçut de l'existence d'une tumeur en cet endroit. Qu'il y eut diarrhée ou constipation, elle conservait à peu près le volume d'une grosse orange. On la couvrit de

(1) Ménière. — Loc. cit.

divers emplâtres irritants qui firent rougir la peau. Pendant les deux mois qui suivirent, *la tumeur s'accrut peu à peu* ; le jeune malade souffrait beaucoup et ne pouvait plus marcher. Le pus s'écoula enfin au dehors, et ce ne fut que quand on vit que le patient ne guérissait pas qu'on se décida à appeler un médecin. Celui qui donna le premier ses soins jugea convenable d'agrandir l'ouverture extérieure et fit remplacer les onguents irritants par des cataplasmes émollients. La suppuration était louable mais peu abondante. La plaie se ferma et les accidents reparurent. Au bout de quinze jours, la tumeur reprit son volume primitif, et le pus fut rejeté par les selles, je fus alors appelé.

La maladie datait de huit mois ; le jeune garçon était maigre, la diarrhée persistait, l'appétit était presque nul et les urines déposaient une grande quantité de mucus purulent. Au bout de trois jours, la cicatrice de la peau se rompit et *le pus s'écoula à la fois par le rectum, par la vessie et par l'ouverture extérieure*. J'eus le soin de faire coucher le malade sur le ventre pendant une grande partie du jour et de la nuit ; un régime sévère fut prescrit et le jeune garçon s'y soumit avec une exactitude scrupuleuse. Des injections astringentes et détersives furent faites par la fistule cutanée ; des boissons toniques furent prises en petite quantité, et bientôt l'appétit reparut. Au bout de deux mois, guérison complète. L'heureuse terminaison de cette grave maladie est une exception à la règle commune ; il faut attribuer tout le mérite au jeune âge du sujet, à sa docilité et à son excellente constitution.

Ce nouvel exemple prouve encore combien il est difficile que les matières fécales s'échappent du cœcum, lors même qu'elles sont à l'état liquide..... Nous avons noté ici un fait remarquable, *c'est-à-dire l'évacuation du pus par les voies urinaires*. Comment l'expliquer ? Nous croyons que la vessie a été perforée comme le cœcum, sans avoir toutefois présenté auparavant aucun phénomène de cystite.

OBSERVATION XII (Stedman) (1)

Appendicite. — Phénomènes généraux graves. — Induration dans la fosse iliaque droite. — Tumeur dans le pelvis. — Mictions fréquentes. — Intervention. — Phénomènes de cystite plus violents avec matières fécales dans l'urine. — Mort. — Autopsie. — Fistule vésicale.

B..., âgé de 41 ans, marchand de livres, marié, ayant deux enfants, pas d'excès, pas de maladie antérieure, sauf du rhumatisme il y a six ans et quelques attaques de dysenterie pendant les dernières années. Du côté droit il avait une ectopie du testicule et portait un bandage sans avoir de hernie. Comme antécédents héréditaires, une sœur morte de tuberculose.

Le 29 mars 1888, dans l'après-midi, il a commencé à vomir et à sentir une douleur dans l'abdomen. Pas de frisson. Le 30 mars, il se plaignait de fortes coliques.

A l'examen, pas de trace de hernie étranglée, le pouls peu accéléré. Dans l'après-midi, la douleur, qui avait été calmée par une injection de morphine, est devenue plus forte et occupe les reins et la partie droite inférieure de l'abdomen.

Les vomissements biliaires continuent, et le ventre, qui naturellement était plein malgré sa souplesse, présente un petit ballonnement. Pas de constipation absolue.

Le 31 mars, la température monte à 102 degrés Fahrenheit et le pouls à 100. La douleur augmente ainsi que les vomisse-

(1) Stedman. — *The Boston medical and surgical journal*, p. 241, 1888.

ments ; la figure du malade trahit sa souffrance ; arrêt des gaz et des matières. Cet état de la maladie avec ballonnement et tympanisme persiste jusqu'au 3 avril, sixième jour de la maladie, où l'idée d'une appendicite nous semble de plus en plus probable.

Les vomissements continuent fréquemment sans odeur repoussante, mais causent de la transpiration. La nuit dernière, il a éprouvé une nouvelle attaque. Quelques scybales apparaissent pour la première fois. L'aspect du malade est anxieux, les pupilles contractées, la peau refroidie, malgré la grande chaleur dont il se plaint. L'abdomen ballonné et météorisé, surtout dans la fosse iliaque droite où on trouve le cœcum et qui présente une diminution de souplesse, sans apparence de douleur.

La plus grande douleur siège dans le canal inguinal droit où il y a une résistance circonscrite, et le long de l'arcade crurale, près de l'épine iliaque.

Le testicule droit ne peut pas être senti à cause de son ectopie. Il y a, à la palpation, une sensibilité dans la région iliaque gauche. L'hypogastre est sonore, pas douloureux. A l'examen rectal, on sent une tumeur dans le pelvis, douloureuse à la pression, et la douleur se propage du côté droit.

L'urine passe librement pendant le jour, mais la tumeur ne diminue pas après la miction. Quelques heures après il se produit une rémission dans les symptômes, et l'opération n'est pas jugée nécessaire cette nuit-là.

Le septième jour, au matin, le malade demande à manger. Les vomissements ont cessé, l'abdomen est moins ballonné ; la souplesse n'a pas augmenté, mais la tumeur ne se sent plus nettement.

La température est tombée à 99°4 Fahrenheit ; le pouls à 104.

Le dixième jour, léger frisson à 3 heures. T. = 100 degrés Fahrenheit.

Le douzième jour, la température descend à la normale dans la soirée. Forte injection de morphine. Le ballonnement abdominal a diminué; la miction est fréquente; l'urine en quantité normale.

Le seizième jour, l'induration reparait dans la fosse iliaque droite, et l'on sent une tumeur à un doigt au-dessus de l'arcade crurale; cette tumeur a même volume, même forme, même densité que le testicule droit; elle est influencée par la toux et cause une légère douleur. L'abdomen est modérément distendu, généralement sonore, un peu mat dans la fosse iliaque droite, spécialement dans la région lombaire. A l'examen rectal on croit que la tumeur pelvienne persiste. La température a monté de nouveau à 100 degrés dans l'après-midi. Le malade a pris un peu de champagne; le pouls est à 115-120; la face est grippée, le patient abattu. L'opération, jugée urgente, est faite dans l'après-midi du vingt et unième jour de la maladie. L'incision porte exactement au-dessus de l'arcade crurale jusqu'au péritoine, qui est détaché avec le doigt du muscle iliaque. L'abcès n'est pas facilement atteint; mais par une pression ferme dirigée du côté gauche de la ligne médiane, le doigt est poussé, à travers le péritoine, dans une cavité de pus occupant le pelvis. En retirant le doigt, le pus commence à sortir, suivi de quelques matières fécales et de gaz. La cavité est lavée et drainée. La tumeur rectale a disparu. La température tombe à 98°4 et le pouls à 110. Dans l'après-midi, un frisson; la température monte à 102° et le pouls à 140, mais le malade a bien passé la nuit. L'évacuation du pus a été faible, mais du lait presque digéré est sorti à travers les drains. La température devient irrégulière et tombe à 97° au vingt-cinquième jour. Le malade s'affaiblit de plus en plus, malgré le lait et le champagne qu'il prend.

Le vingt-cinquième jour, une douleur apparait au côté gauche et persiste les jours suivants.

Le trente-troisième jour, à travers la plaie passent des matières fécales et des gaz. La nourriture consiste en lait et en

champagne. Aujourd'hui, pour la première fois, le malade va à la selle, la plaie donne moins. Les matières fécales apparaissent dans l'urine, avec de la douleur à la miction, et l'urine s'échappe à travers la plaie.

Le trente-quatrième jour, le gonflement du scrotum se perce, donnant issue à du pus, et la tumeur disparaît. Le malade ne souffre pas beaucoup, mais il est faible.

Le trente-cinquième jour, l'ouverture scrotale s'est élargie.

Le jour suivant, le malade va à la selle par l'anus et, dans le trente-neuvième jour de sa maladie (le 6 mai), il meurt.

Autopsie — L'abdomen seul a été examiné. On trouve des adhérences entre l'intestin grêle, le côlon descendant, le cœcum, l'S iliaque et la paroi abdominale. La cavité communique librement avec la plaie de la fosse iliaque droite. La base de l'appendice vermiculaire, de la longueur d'un demi-doigt, s'ouvrait dans la partie supérieure de la cavité. Il est épaissi et induré. Sur la partie postérieure de la vessie, à un pouce et demi environ au-dessus du bord postérieur de la prostate, siège un orifice du diamètre d'un doigt, par lequel *la vessie communique librement avec la cavité purulente*. La muqueuse vésicale est injectée et enflammée. Les reins sont normaux. Le testicule droit est attaché à la paroi abdominale, sur le bord du pelvis. Il est petit et mou. En isolant l'intestin grêle, qui forme les brides de l'abcès, sa paroi a été facilement déchirée en plusieurs endroits. La muqueuse de la partie inférieure de l'iléon et du cœcum est normale. Le revêtement péritonéal de l'iléon présente quelques brides et déchirures.

OBSERVATION XIII (Hallé) (1)

Appendicite suivie de perforation vésicale. — Hématurie abondante. — Mort. — Autopsie.

A. D..., cinquante-six ans, n° 7 salle Laugier. Entrée le 8 novembre 1890.

La malade a joui jusqu'à cette année d'une parfaite santé ; elle a eu trois enfants ; ménopause à quarante-neuf ans.

Depuis cinq mois elle a ressenti des douleurs dans l'abdomen, des troubles de la santé générale, de la faiblesse surtout. Puis brusquement, sans cause au milieu de la journée, elle a été prise d'une hématurie abondante avec des caillots, qui s'est arrêtée spontanément. Un mois après, réapparition du sang dans les urines ; l'hématurie est persistante depuis ce moment, La miction est fréquente et douloureuse. Il existe des douleurs rénales, à droite surtout.

Depuis une quinzaine de jours le ventre se tuméfie ; il existe de la pesanteur hypogastrique ; le malade maigrit et perd ses forces.

Au palper abdominal on constate dans l'hypogastre une tumeur qui remonte jusqu'à mi-distance entre le pubis et l'ombilic, arrondie généralement mais avec une bosselure du côté droit, débordant vers la fosse iliaque.

Au toucher vaginal on trouve une tumeur qui tombe à la paroi vaginale supérieure. Le col est petit, sain, effacé en arrière de la tumeur.

(1) Hallé. — *Annales des organes génito-urinaires*, 1892.

Le palper bi-manuel, douloureux, montre bien que cette volumineuse tumeur siège bien au niveau de la vessie.

L'exploration vésicale par la sonde montre que l'hématurie a bien les caractères de l'hématurie vésicale.

On diagnostique un néoplasme vésical volumineux. La malade est anémiée par l'hématurie persistante, elle est prise de fièvre, de douleurs abdominales, de diarrhée, elle est regardée comme inopérable et succombe le 9 février 1891.

Autopsie. — En dehors de l'appareil urinaire on constate l'existence d'une cirrhose atrophique du foie avec beaucoup d'ascite. — Le grand épiploon et l'appendice ileo-cœcal sont adhérents à la partie droite du cul-de-sac vésico-utérin, à l'angle droit de l'utérus. Les adhérences fibreuses semblent anciennes et forment avec les organes une véritable tumeur dure. — La vessie incisée sur la ligne médiane antérieure ne présente pas de tumeur dans sa cavité mais seulement des lésions de cystite chronique végétante. On y voit de nombreuses petites excroissances polypiformes plus ou moins pédiculées du volume d'un grain de millet ou d'une lentille, brunes et comme exulcérées à leur sommet, disséminées partout sur la face postérieure de la vessie. Au centre de la paroi vésicale inférieure existent deux petites perforations arrondies, à bords minces comme ulcérées laissant échapper dans la cavité vésicale une grande quantité de caillots putrides. Pour déterminer le siège de cette collection, on incise l'utérus et le vagin suivant leur ligne médiane postérieure. Ils sont absolument sains. En avant de l'utérus entre sa face antérieure et la face postérieure et inférieure de la vessie on tombe dans une grande cavité anormale plus grosse que le poing. Cette cavité, circonscrite par des adhérences péritonéales, s'avance sur la paroi vaginale supérieure où elle fait saillie ; elle communique avec la cavité vésicale par les deux petits orifices déjà décrits, elle est remplie de caillots sanguins ramollis et putréfiés : ses parois sont tapissées de pseudo-membranes grisâtres, molles, fibri-

neuses : l'appendice ileo cœcal est très épais, non perforé en apparence et fait partie à droite de la paroi de la cavité : sa saillie est visible à l'intérieur de la poche.

Remarque. — Il s'agit donc ici d'une volumineuse collection sanguine enkystée ouverte dans la vessie et simulant un néoplasme volumineux. — Est-ce une véritable hématocele anté-utérine avec adhérence secondaire de l'appendice ? L'intégrité des ovaires et des trompes chez cette malade arrivée à la ménopause depuis sept ans rend cette hypothèse peu admissible. Plus probablement il s'agit d'une pelvi-péritonite circonscrite suivie d'appendicite avec épanchement sanguin secondaire dans la poche.

L'hématurie, les symptômes de cystite concomitante, la tumeur hypogastrique, tout dans ce cas se réunissait pour simuler un volumineux néoplasme vésical alors que très probablement la lésion primitive avait été intestinale.

OBSERVATION XIV (Brun) (1)

Abcès de la cavité de Retzius par appendicite. — Perforation vésicale. — Mort. — Autopsie.

Le nommé L... (Louis), âgé de neuf ans et demi, entre le 22 mars 1895, à sept heures du soir, à l'hôpital des Enfants-

(1) Brun - *Presse médicale*, 18 juillet 1896.

Malades, salle Giraldès, lit n° 12, dans le service de M. de Saint-Germain. Ses parents nous fournissent à son sujet les renseignements suivants :

L'enfant a eu la rougeole à l'âge de sept ans. Il y a deux mois, il fut pris d'une violente diarrhée avec coliques, qui lui dura deux jours, et que l'on attribua à l'ingestion de poisson avarié. A part cette indisposition, l'enfant serait plutôt constipé depuis deux mois et demi.

Le 7 mars, c'est-à-dire il y a quinze jours, l'enfant est pris subitement d'une douleur extrêmement violente dans les reins et dans le côté droit du ventre; on le couche et pendant la nuit surviennent des vomissements. Le lendemain, 8 mars, l'enfant souffrant toujours, les parents font appeler un médecin qui constate dans le ventre, au niveau de la région hypogastrique du côté droit, la présence d'une petite masse dure de la grosseur d'un œuf de poule. Il n'y a pas de tuméfaction apparente sur la paroi abdominale, mais, par la palpation, on sent très facilement cette petite tumeur, que les parents constatent eux-mêmes. Le médecin ordonne le repos au lit, des cataplasmes et une purgation à l'huile de ricin.

Les jours suivants, l'enfant continue à souffrir du ventre, la tumeur augmente de volume et devient de plus en plus médiane. Il n'y a pas de diarrhée; l'enfant a, tous les deux jours environ, des selles d'une odeur extrêmement fétide. Il n'y a encore rien d'apparent à l'extérieur sur la paroi abdominale.

Ce n'est que le 20 mars, c'est-à-dire il y a deux jours, que les parents s'aperçoivent qu'il se dessine une saillie sur la partie médiane et inférieure du ventre de l'enfant. A ce moment, la fièvre est assez vive.

Le 21, l'enfant commence à souffrir en urinant, les mictions sont fréquentes, peu abondantes et lui arrachent des cris. L'urine est claire et sans odeur.

Le lendemain 22, il survient de l'incontinence d'urine dans la journée, et la tuméfaction est devenue beaucoup plus volumineuse. L'enfant est amené, le soir à sept heures, à l'hôpital, avec le diagnostic d'abcès de la paroi abdominale.

A son entrée, en découvrant l'enfant, on constate à première vue, au niveau de la région hypogastrique, une volumineuse saillie de forme ovoïde qui remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette saillie est absolument médiane et donne, à la partie inférieure de l'abdomen, exactement le même aspect que celui d'une vessie très distendue. Il n'y a ni rougeur, ni œdème de la peau du ventre, qui n'est pas adhérente aux plans sous-jacents. Les mouvements des membres inférieurs sont libres; l'extension et la flexion des cuisses se font sans douleur.

En palpant le ventre, on trouve une grosse masse ovoïde, extrêmement dure, masse nettement fluctuante, ayant aussi la forme et les caractères de la vessie très distendue.

Le sommet de cette masse est arrondi et se trouve à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. De chaque côté, le ventre, souple, permet d'enfoncer très facilement les mains dans les fosses iliaques, et de délimiter ainsi les bords de cette masse, qui ne s'étend pas plus à droite qu'à gauche. Par en bas, cette tumeur descend jusqu'au pubis, qui est lui-même douloureux à la pression; mais il n'y a ni œdème ni empatement des bourses ou de la partie supérieure des cuisses: par en bas, aussi, cette tumeur reste nettement abdominale.

L'exploration de la tumeur elle-même est douloureuse, mais tout le reste du ventre est souple et indolore.

On demande au petit malade de vouloir bien uriner; il émet, de lui-même, une petite quantité d'urine claire et sans odeur; on le sonde ensuite pour s'assurer que la vessie s'est bien vidée; mais, après cette évacuation de la vessie, la tumeur reste aussi volumineuse.

En pratiquant le toucher rectal, on sent, en arrière du pubis, et remontant derrière la paroi abdominale, une grosse

masse, molle, située sur la ligne médiane, et ne s'étendant pas plus d'un côté que de l'autre. Lorsqu'on presse avec l'autre main sur la paroi abdominale, au niveau de la tumeur, la fluctuation est nettement transmise au doigt introduit dans le rectum.

D'après cet examen, il semble bien que l'on se trouve en présence d'une tumeur fluctuante, située non profondément dans la cavité abdominale, en arrière des muscles droits, dans la cavité de Retzius.

La température est de 38°5 ; la langue un peu blanche ; le pouls un peu rapide, mais bon

Le lendemain matin, 23 mars, la tuméfaction a augmenté de volume et s'est un peu étalée du côté droit. Cette augmentation de volume se constate aussi très nettement par la palpation ; la tumeur remonte maintenant jusqu'à l'ombilic. La fosse iliaque, du côté gauche est toujours libre ; mais du côté droit, l'empatement est plus marqué que la veille, et ne permet pas si bien l'exploration de la fosse iliaque de ce côté ; le reste du ventre est souple et indolore ; l'enfant a uriné goutte à goutte pendant la nuit ; l'état général ne semble pas plus mauvais que la veille ; la température est à 38°

M. de Saint-Germain et moi nous examinons l'enfant et concluons à un *abcès de la cavité de Retzius, d'origine probablement appendiculaire* ; nous sommes d'avis d'intervenir immédiatement.

L'enfant endormi, la tumeur se laisse facilement délimiter du côté droit, et on constate que la fosse iliaque, de ce côté, est libre. Au moment où l'on se prépare à le sonder, l'enfant urine seul, mais son urine est trouble, extrêmement fétide, d'odeur fécaloïde et contient des grumeaux de pus ; l'ouverture de l'abcès dans la vessie est évidente.

On pratique, sur la ligne médiane de l'abdomen, une incision de 10 centimètres, à partir du pubis ; les parois sont très vasculaires, les muscles droits, violacés et saignants, se laissent

facilement déchirer par la sonde cannelée, et aussitôt s'échappe un mélange de pus et de sang fétide, d'odeur fécaloïde. Le pus évacué, on se trouve en présence d'une poche du volume d'une mandarine environ. Elle est située en partie dans la paroi abdominale, en arrière des muscles droits, et en partie derrière la symphyse pubienne. Elle occupe la ligne médiane, mais s'étend cependant un peu plus à droite qu'à gauche ; sa paroi est tapissée d'une membrane blanchâtre, tomenteuse. Tout autour de cette cavité d'abcès, existe une induration énorme de la paroi abdominale, induration qui forme la plus grande partie de la masse que l'on sentait avant l'intervention. Cette poche est lavée à l'eau bouillie, puis drainée et pansée à la gaze iodoformée. Le soir, la température est à 39°2.

200 grammes d'urine ont été rendus dans la journée ; urine toujours trouble et d'odeur fétide. Le ventre est souple, sans balonnement, sans douleur à la pression. L'enfant a vomi plusieurs fois dans la journée ; son facies est bon, son pouls rapide, mais bien frappé.

A huit heures un quart, l'enfant demande à boire ; on lui donne un peu de champagne glacé ; l'infirmière le quitte un instant pour aller auprès d'un autre malade : quand elle revient auprès de lui, elle le trouve expirant.

Autopsie — L'autopsie est pratiquée trente-six heures après la mort. L'abdomen est ouvert au moyen d'une incision curviligne, allant d'une épine iliaque à l'autre, en passant au-dessus de l'ombilic, de façon à obtenir un grand tablier, que l'on puisse rabattre. Au moment où l'on incise le péritoine, un flot de liquide séro purulent s'échappe, l'épiploon adhérent à la face postérieure de la paroi abdominale est coupé ; la paroi est alors soulevée et permet d'apercevoir les anses intestinales baignant dans le pus. Leur surface péritonéale est rouge et dépolie, mais elle n'est pas recouverte de fausses membranes ; la péritonite purulente généralisée paraît assez récente.

Dans le but de rechercher les rapports que l'appendice pouvait bien avoir avec toutes ces lésions, on enlève en une

seule masse la partie de la paroi abdominale qui contient l'abcès avec la vessie, le cœcum et un certain nombre d'anses de l'intestin grêle qui adhèrent à la face postérieure de la paroi abdominale.

Le cœcum était absolument libre dans la fosse iliaque droite, ne présentant aucune adhérence, ni avec la paroi ni avec les autres anses intestinales.

On recherche alors l'appendice. Il part du côté externe du du cœcum, le contourne, se dirige en avant et en dedans de la ligne médiane, et *son extrémité vient se perdre dans la paroi postérieure de l'abcès pariétal.*

Tout le corps de l'appendice est sain, libre, sans adhérences.

Le doigt introduit dans l'abcès de la paroi abdominale, permet de sentir au fond et à droite de la poche une sorte de dépression, de diverticule qui répond au point où *l'extrémité de l'appendice vient se perdre dans la paroi de l'abcès.* Une sonde cannelée introduite dans ce diverticule pénètre très facilement dans l'appendice. Il y a donc perforation de l'appendice à son sommet et large communication de sa cavité avec la poche purulente.

Les anses de l'intestin grêle que l'on avait enlevées avec la masse de la tumeur, n'adhèrent que faiblement à la face postérieure de l'abcès et s'en laissent très facilement détacher ; mais, en ce point *existe une large perforation qui fait communiquer l'abcès avec la grande cavité péritonéale.* Cet orifice se trouve situé au-dessus et en dedans de la perforation appendiculaire.

La vessie est ouverte : elle contient du pus ; ses parois sont très épaissies, surtout au niveau du sommet et de la face antérieure devant laquelle l'abcès descend assez bas. Sur la muqueuse se trouvent de nombreuses taches ecchymotiques, et c'est dans un de ces points ecchymotiques qu'à dû se faire la perforation, mais on ne peut l'apercevoir.

Quant à l'abcès lui-même, il est bien pariétal ; il est situé immédiatement derrière les muscles droits ; sa paroi posté-

rière est fermée en haut par le péritoine épaissi et le grand épiploon adhérent; en bas, par la face antérieure de la vessie.

Le reste de l'autopsie ne présentait rien de bien particulier; tous les organes étaient très congestionnés, spécialement les poumons et les méninges; les reins étaient normaux; le foie et la rate déjà en décomposition cadavérique avancée.

Il nous reste un dernier point à signaler: c'est que, au moment de l'intervention, du pus de l'abcès a été recueilli dans une pipette stérilisée. Ce pus, à l'examen direct sur lamelles, s'est montré très riche en microbes de formes extrêmement variées, semblant représenter toute la flore intestinale. En semence dans du bouillon et sur gélose, il n'a donné naissance à aucune colonie.

En résumé, l'autopsie nous a montré que la mort avait été déterminée par une péritonite purulente généralisée, consécutive à la perforation de l'abcès de la cavité de Retzius, abcès qui était lui-même sous la dépendance d'une appendicite perforante.

OBSERVATION XV (Poncet) (1)

Appendicite suppurée. — Empatement d'abord au niveau du Cœcum, puis Matité très nette dans toute la fosse iliaque droite, dans la région prévésicale et un peu à gauche. — Troubles urinaires indiquant une violente Cystite aiguë. — Intervention. — Constatation d'une Fistule vésicale. — Guérison.

M^{lle} M..., âgée de 13 ans environ. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Antécédents personnels :

(1) Poncet. — In thèse Vladoff. Lyon 1898.

constipation habituelle remontant à plusieurs années, depuis l'âge de six ou sept ans. A plusieurs reprises, douleur très vive dans la fosse iliaque droite. La première apparition de ces douleurs remontait aussi vers l'âge de six à huit ans. Très fréquemment, à la suite de marche prolongée ou de mouvements violents, ces douleurs apparaissaient. Il y a deux ans environ, elle fut soignée (Dr Genoud) pour des phénomènes d'hyperchlorhydrie qui ont bien guéri à la suite d'un traitement ordinaire.

Réglée pour la première fois en février de cette année (1898).

Le 29 mars, débute la maladie par des vomissements bilieux et quelques selles diarrhéiques avec douleurs très vives dans la fosse iliaque droite. T. = 39°.

Le 30 mars, même état. Le 31, on commence à sentir de l'empâtément dans la région du cœcum; l'état général de la malade paraissait être bien meilleur. La température se maintient entre 38° et 38° 5. L'état général est des plus mauvais dans la nuit.

Le 1^{er} avril, ascension brusque de la température, 40°. Le même état général persiste.

Le 2 avril, T. = 38° le matin. Langue rôtie, visage très grippé, pouls petit à 110, ventre ballonné et matité très nette dans toute la région iliaque droite, dans la région prévésicale et dans la région iliaque gauche. Glace et traitement ordinaire.

Le 3 avril, l'état général semble s'améliorer. La langue s'est dépouillée. Ventre beaucoup moins météorisé et moins sensible. Pouls à 50 et bon.

Le 5 avril, aggravation, très mauvais état général. La matité abdominale s'est étendue. La langue est très sèche, la température toutefois ne dépasse pas 38° 5. A ce moment la malade fut confiée à M. le professeur Poncet qui décida une intervention immédiate.

La laparatomie médiane, pratiquée dans une longueur de 5 à 6 centimètres, entre l'ombilic et le pubis, donna accès à une quantité notable de pus fécaloïde à odeur horrible. L'exploration très rapide permit de constater que le péritoine était cloisonné; mais la cavité purulente fort grande allait de la vessie bien au-dessus de l'ombilic et en profondeur jusqu'à la paroi péritonéale postérieure. On fit avec des éponges de gaze et un courant d'eau stérilisée une toilette aussi complète et aussi rapide que possible de cette énorme cavité et l'on y place un drain d'un gros diamètre.

La température tomba immédiatement à 38 degrés. Pendant les deux premiers jours, l'écoulement par le drain fut considérable, mais quand la quantité de matières fécales diminua dans sa composition, par suite de la non-alimentation, on y constata la présence de l'urine; il y avait à la fois fistule intestinale et fistule vésicale. La miction fort douloureuse avant l'intervention et les caractères physiques de l'urine indiquaient déjà une violente cystite aiguë. La fistule intestinale disparut le troisième jour; l'écoulement, dès ce moment, fut uniquement urinaire.

L'état général dès la fermeture de la fistule intestinale se releva rapidement. L'alimentation ordinaire fut bientôt reprise; seule la fistule urinaire et l'inondation urinaire de la cavité de l'abcès péritonéal retardaient la convalescence. Une sonde de Pezzer fut placée dans la vessie et des lavages furent faits toutes les trois heures à l'eau bouillie; l'eau injectée dans la vessie ressortait par la plaie abdominale qui se trouvait ainsi parfaitement lavée.

Au bout de dix jours (le 15 avril), la vessie retint l'injection; rien ne passa plus par la plaie abdominale. Celle-ci dès lors guérit vite; il ne restait plus à soigner que la cystite qui céda aux lavages répétés.

Le 30 avril, la petite malade, complètement guérie, fut envoyée à la campagne.

OBSERVATION XVI (Krackowiser) (1)

Fistule appendiculo-vésicale. Calculs. Résumé).

A l'âge de 8 ans, le sujet enleva de son urètre un ver encore vivant. Quelques années après nouveau ver et des graines d'airelle. L'urine était claire, quelques sensations pénibles à l'urètre et au périnée. Le malade se marie. *Symptômes de calculs vésicaux*. Les selles deviennent urineuses ; mucosités, sang, flocons fibrineux, ténesme rectal et vésical. Taille latéralisée permet d'extraire 9 calculs. — Mort 5 jours après. *Autopsie* : Appendice fixé par des adhérences anciennes à la face postérieure et latérale de la vessie. Ouverture vésicale à un pouce de l'orifice de l'uretère droit. Elle admettait une bougie de moyenne grosseur qui arrivait dans le cœcum à travers l'appendice. Le trajet fistuleux était long, anfractueux et fermé par une valvule qui ne permettait pas aux matières fécales de tomber dans la vessie.

OBSERVATION XVII (Jervelle) (1)

Appendicite s'étant ouverte dans le réservoir urinaire —
Calcul vésical consécutif

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans.

D'après les dires de sa mère, la malade avait présenté entre quatre et dix ans, à quatre reprises différentes, des phénomènes

(1) Krackowiser. — *The medical Record*. N.-Y. 1867.

(1) Jervell. Communication à la Société de chirurgie de Christiania. *Forhandlinger i. ost. med. Selskab*. 23 sept. 1895.

d'inflammation intestinale. Pendant l'intervalle et depuis, on avait aussi remarqué chez elle des symptômes vésicaux : urines troubles, à odeur infecte. Il y a un mois, elle mangea une bouillie d'avoine ; ses urines immédiatement examinées par un médecin, contenaient le péricarpe de cette céréale, en même temps que de nombreuses et microscopiques cellules végétales.

Par le palper abdominal et le toucher rectal combinés, on constata une tumeur située à droite de la vessie, et se prolongeant sur sa face postérieure. A l'examen cystoscopique, on pouvait de plus apercevoir toujours au même endroit, sur la paroi droite de la vessie, un petit corps du volume d'une noisette, qu'on a pris pour une excroissance polypiforme. C'était un *calcul*, que la malade expulsa spontanément sept jours après son entrée ; il était composé de couches concentriques, et contenait dans deux points différents, à son centre, des pépins de fruits.

On s'arrêta comme diagnostic probable, à une communication entre le réservoir urinaire et l'appendice vermiculaire.

Opération.— Laparotomie dans la position de Trendelenburg. L'appendice apparut comme une corde tendue entre la paroi droite de la vessie et le cœcum. On le réséqua, et on sutura les ouvertures. Les suites opératoires furent excellentes ; les urines redevinrent claires ; tous les symptômes disparurent.

CONCLUSIONS

1° Parmi les complications de l'appendicite, celles qui se rattachent à la vessie ne sont pas les moins importantes ; elles sont variables dans leur nature et dans leur gravité.

2° L'appendice vermiforme et le réservoir urinaire sont anatomiquement indépendants, mais ils peuvent arriver au contact par suite de certaines conditions de développement et de pathologie.

3° De la péricystite, de la cystite, une communication fistuleuse, une production de calculs, tel est l'ensemble des lésions qu'un abcès appendiculaire au voisinage de la vessie peut engendrer dans cet organe.

4° Les symptômes vésicaux dans l'appendicite sont de deux sortes : les uns sont purement nerveux ; les autres indiquent une lésion organique.

5° Il n'est pas toujours facile de rapporter les phénomènes vésicaux à leur véritable cause. La palpation abdominale, jointe au toucher rectal ou vaginal, facilitera le diagnostic étiologique. On devra aussi tenir un compte rigoureux des antécédents pathologiques.

6° Le pronostic et le traitement varieront avec la nature de la lésion.

Le Président de Thèse,
TILLAUX.

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Académie de Médecine (Bulletin de l'). — 1896, 1897.
ACHARD. — Société médicale des Hôpitaux. 1894.
BALDWIN. — Brooklyn med. journal. 1891.
BALZER. — Gazette médicale. 1879.
BARNSEY. — Thèse de Paris. 1898.
BARNSEY. — Société anatomique. 1898.
BÉRARD. — Thèse de Dormoy, Lyon. 1897.
BERTHELIN. — Thèse de Paris. 1895.
BOIFFIN. — Communication à la Société de Chirurgie. 1891.
BOUILLY. — Semaine gynécologique. Oct. 1897.
BRUN. — Presse médicale. 18 Juillet 1896.
CHAVANNAZ. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1897.
COE. — New-York polyclinics. 1894.
DELAGENIÈRE. — Congrès de Chirurgie. 1897.
DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne. 1897.
DIEULAFOY. — Clinique de l'Hôtel-Dieu. 1898.
DORMOY. — Thèse de Lyon. 1897.
DURET. — Leçon de clinique chirurgicale. 1894.
DURET. — Onzième Congrès de Chirurgie, Paris. 1897.
ESNAULT. — Thèse de Paris. 1897.
FERGUSON. — American journal of. med. sciences. 1898.
FITZ (Reginald). — Boston med. and surgical journal. 1888.
FOWLER. — Journal of the Amer. med. Assoc. 1897.
FROMONT. — Thèse de Lille. 1890.

- GANGOLPHE. — Thèse Dormoy, Lyon. 1897.
- GERSTER. — The Boston med. and. surg. journal. 1888.
- GRANDCOURT et GUÉPIN. — Des fausses cystites. Gaz des
Hopitaux. 1896.
- GUYON. — Leçons cliniques, art. miction.
- GUYON. — Journal de méd. et de chirurgie pratiques. 1879.
- GUYON. — Bulletin médical. 1891.
- HALLÉ. — Annales des maladies des organes génito-urinaires.
1892.
- JACKLE. — Thèse de Marburg. 1888.
- JALAGUIER. — Traité de chirurgie Duplay et Reclus.
- JERVELL. — Communication à la Société de Chirurgie de
Christiania, Forhandlinger i. ost. med. selskal. 25 Sept. 1895.
- JONNESCO. — Traité d'Anatomie de Poirier.
- KOERTE. — Klin. woch. 1891.
- KOERSCH. — De la péricystite. (Annales de la Société médico-
chirurgicale de Liège. Fév. 1897).
- KRACKOWISER. — The medical record. New-York, 1867.
- KRAUSS. — Annales des maladies des organes génito-urinaires.
La pollakiurie urique.
- LAFFORGUE. — Journal international d'anatomie. 1893.
- LEGUEU. — Société anatomique. 1892.
- LEGUEU. — De l'appendicite. 1897.
- LEPLAT et MASSON. — Communication à la Société anatomo-
clinique de Lille, bulletin. 1896.
- MENIÈRE. — Tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque.
Archives de médecine 1828.
- MONOD et VANVERTS. — De l'appendicite. 1897.
- NICHL. — Thèse de Munich. 1892.
- PIARD. — Thèse de Paris. 1896.
- POIRIER. — Traité d'anatomie.
- PONCET. — In thèse Vladoff.
- POZZI. — Société de chirurgie. 1888 et 1890.
- RECLUS. — Bulletin de l'Académie de médecine. 1896.
- ROGIE. — Journal des sciences médicales de Lille. 1890.

- ROUTIER. — Société de chirurgie. 1895.
ROUX. — Revue de la Suisse Romande. 1890.
Société de Chirurgie. — Bulletin de 1895.
STEDMAN. — The Boston med. and surgical journal. 1888.
SCHWARTZ. — Bulletin de la Société de chirurgie. 1894.
TERRIER. — Société de chirurgie. 1890.
TESTUT. — Traité d'anatomie, 1904.
TILLAX. — Anatomie topographique, 7^{me} édition.
TILLAX. — Leçons de clinique chirurgicale. 1897.
TILLAX. — Leçons de clinique chirurgicale rédigées et publiées
par le Docteur Thierry. 1895.
TREUB. — Revue de gynécologie. Mars-Avril 1897.
TREVES. — British med. Journal. 1885.
TUFFIER. — Abscès prévésicaux par appendicite. Semaine
médicale. Déc. 1894.
TUFFIER. — Archives générales de médecine. 1887.
TUFFIER et DUMONT. — Revue de gynécologie et de chirurgie
abdominale. Mai-Juin 1898.
VELTEN. — Thèse de Lyon. 1895.
VLADOFF. — Thèse de Lyon. 1898.
-

